

El Acceso Universal a la Salud

Algunos elementos para la discusión

Agosto 2015



 **ACCESA**
ALIANZA POR EL ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD



anesvad
por el derecho a la salud



EL ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD

Algunos elementos para la discusión

Guatemala, agosto 2015

Diseño e impresión:



3a. avenida 14-62, zona 1
PBX: (502) 2245-8888
www.serviprensa.com

Portada: Nancy Sánchez
Diagramación: Evelyn Ralda
Revisión textos: Jaime Bran

Esta publicación fue impresa en agosto de 2015.
La edición consta de 2,000 ejemplares en papel bond 80 gramos.

AGRADECIMIENTO

Esta publicación es posible gracias al apoyo técnico y financiero de Anesvad, una Organización no Gubernamental para el Desarrollo –ONGD– independiente y aconfesional que desde España tiene presencia en Asia, África y América Latina, con el fin de contribuir a la promoción y protección de la salud entendida como un derecho humano fundamental e inalienable. Esta publicación es presentada como una incitación a la reflexión, al debate y al análisis por ciudadanos y ciudadanas guatemaltecas que viven y sufren las actuales condiciones de la salud y los servicios de salud pero que desean avanzar hacia el pleno cumplimiento del derecho a la salud y el alcance de la Cobertura Sanitaria Universal –CSU–.




Índice

Agradecimiento.....	3
1. Presentación	7
2. Introducción	9
3. ¿Cómo es nuestro sistema público de servicios de salud?.....	11
4. ¿A qué se enfrenta el sistema de servicios públicos de salud?.....	18
5. ¿Qué respuesta pueden dar los servicios de salud a esta problemática?	20
6. Las raíces del problema	22
a) La dimensión política	22
b) La dimensión económica	25
c) La dimensión social	27
7. Lo que todos necesitamos: un sistema público de atención de la salud eficiente y que resuelva nuestros problemas	28
8. Si queremos cambiar, ¿cuáles son los principales problemas que debemos resolver?	31
8.1 La capacidad de rectoría efectiva del MSPAS	31
8.2 La organización y gestión del MSPAS.....	31
a) La improvisación	32
b) La no evaluación	33
c) La fragmentación	33
d) La verticalidad.....	34
8.3 Los recursos humanos.....	35
8.4 El financiamiento	37
8.4.1 Los gastos de bolsillo	40
8.5 El modelo de atención.....	41
8.6 La ciudadanía en salud	41

9. ¿Qué necesitamos hacer? Orientaciones de políticas públicas para la buena salud en Guatemala	43
1. Tener un plan de salud con metas sanitarias claras y medibles.....	43
2. Mejorar las capacidades regulatorias del MSPAS.....	43
3. Enfrentar sin demora la brecha de infraestructura	43
4. Mejorar las condiciones de la fuerza laboral de la salud	44
5. Reducir las brechas de ineficiencia	44
6. Adoptar un sistema de información efectivo y que apoye las decisiones.....	44
7. Desarrollar un modelo de atención incluyente y eficiente.....	45
8. Incrementar y utilizar mejor el presupuesto	45
9. Fomentar la ciudadanía en salud	46
10. Exigir coherencia y responsabilidad de todas las entidades del Estado	46
10. Referencias bibliográficas.....	47

1. Presentación

La Alianza por el Acceso Universal y Público a la Salud (ACCESA) es una organización que agrupa a cinco instituciones que a partir de objetivos y visiones comunes se plantea, mediante la discusión y el debate público, la promoción y garantía del derecho a la salud. Desde la lectura de ACCESA, la visión que predomina en Guatemala es que la salud se considera una mercancía, a la que se tiene acceso de acuerdo con la capacidad de pago que tenga un individuo, o como un favor de las autoridades de gobierno que ayudan a la población con algunos servicios y medicamentos. Nada más alejado de la realidad. La salud, tal como lo declara la Constitución Política de la República, es un derecho ciudadano y como tal es exigible.

Incorporar demandas por la salud se torna imprescindible y urgente, especialmente frente al contexto de manifestaciones y debates ciudadanos por la transparencia, la rendición de cuentas y la justicia social que se ha despertado en Guatemala a partir de abril de 2015. En tal sentido, no se trata solamente de demandar que los hospitales cuenten con los recursos necesarios, ni que hayan medicamentos para los enfermos; más bien, se trata de abordar demandas por la salud en un sentido amplio, que además de la buena atención de los hospitales públicos de la ciudad capital, permitan reconocer la impostergable necesidad del fortalecimiento y la construcción masiva de puestos y centros de salud y hospitales en todo el país, desde una renovación del modelo de gestión y atención universal e intercultural de la salud. Asimismo, es necesario que estas reformas se extiendan también al Instituto Guatemalteco de Seguridad

Social, a las clínicas, hospitales, farmacéuticas y aseguradoras de salud privadas. Se trata también de incorporar a las demandas por la buena salud aquellos cambios sustantivos de la organización económica, política, jurídica y cultural del país que generan medios y modos de vida malos. Para ello, se necesita revisar el modelo de producción agroindustrial de monocultivos que hace uso irresponsable de agroquímicos dañinos para la salud y el ambiente (pesticidas, fertilizantes, fungicidas, herbicidas, etc.) así como la utilización de variedades genéticamente modificadas prohibidas en otras partes del mundo. Involucraría también el debate sobre los beneficios de una industria extractiva voraz que choca contra los derechos y salud de las poblaciones y la sustentabilidad de los sistemas ecológicos y los ciclos hidrogeológicos locales. Las demandas por el derecho a la salud abordan también la mejora de las condiciones de vida: la buena vivienda, la educación integral, los empleos dignos y bien remunerados y el respeto a la sustentabilidad de los sistemas ecológicos, condiciones que producen las bases sociales de la buena salud.

Con el ánimo de contribuir al debate y discusión por la buena salud de los guatemaltecos, las instituciones integrantes de ACCESA presentan este documento esperando que pueda ayudar a dar contenido a nuestras demandas ciudadanas por la paz, la justicia social y la transparencia. Al respecto, el mismo pretende abordar temáticas complejas desde un lenguaje más sencillo, que permita discutir sobre aspectos fundamentales del sistema de salud en Guatemala, sin pretender agotar con esto la discusión.

En ACCESA creemos fehacientemente que una Guatemala saludable es posible, si y solo si, todos y todas comprendemos que la salud es

nuestro derecho y participamos activamente y con responsabilidad en su construcción.



Universidad
Rafael Landívar
Tradicón Jesuita en Guatemala
Facultad de Ciencias de la Salud

2. Introducción

El acceso universal a la salud es entendido como la posibilidad que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud que necesitan, con la debida calidad y sin importar su condición socioeconómica, etnia, lugar de habitación, preferencia sexual, religión o cultura. Adicionalmente, es indispensable que para el acceso a dichos servicios no se tenga que realizar ningún pago monetario, o en especie, que ponga en peligro la estabilidad financiera de los hogares (o que inicie o profundice una situación de pobreza ya existente). Este concepto lleva implícito el reconocimiento que la salud es un derecho humano, y por lo tanto es una responsabilidad del Estado, así como que la salud es un elemento fundamental del desarrollo social y económico, pues permite que las personas tengan las condiciones necesarias para aprender, comunicarse, relacionarse y producir, y con esto, lograr sus aspiraciones y preferencias¹.

La consideración de la salud como un derecho humano se convierte en un marco ético y analítico, en el que prevalece la visión del bien común, pues permite reconocer que la salud va más allá de la atención de las enfermedades, ya que profundiza en aquellas circunstancias que permiten que las personas y colectividades sean saludables.

Ante las condiciones de salud-enfermedad, todas las sociedades humanas desarrollan alguna respuesta, misma que se inicia en el momento en que éstas se reconocen y definen como necesidades. Así, es posible afirmar que

la salud de una población está determinada por las necesidades y los problemas derivados de su forma de organización social y también por las respuestas sociales a dichas necesidades y problemas, que intentan reducir su magnitud o impacto sobre el perfil de salud, mediante acciones de salud y bienestar².

De tal manera, el acceso universal a la salud implica un abordaje en el que el sistema de salud, y no solo el sistema de provisión de servicios, debe ser visto en su relación compleja con otros sistemas (educativo y económico, entre otros) para convertirse en el objeto de análisis y transformación. Pensar en el sistema de salud se traduce en considerar todos los elementos involucrados en los procesos que implican atender la salud, por ejemplo: los servicios de salud, el personal que labora en estos, la tecnología que lo hace posible, los sistemas que permiten pasar del dato a la información y luego al conocimiento y la decisión, el liderazgo y, finalmente, el financiamiento que sustenta toda esta compleja operación de proveer servicios con calidad y eficiencia³.

En Guatemala es común escuchar que el sistema de salud está en crisis. Diariamente los y las guatemaltecos enfrentan varias dificultades para atender sus problemas de enfermedad. Generalmente, tanto los hospitales, centros y

1 Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial (2013). *Reunión ministerial de la OMS y el Banco Mundial sobre cobertura sanitaria universal*. Ginebra, Suiza: OMS, 2013.

2 Castellanos, P. L. (1998). *Los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad: los determinantes sociales*. México: McGraw Hill interamericana. Pp. 81-102.

3 Frenk, J. (2003). *La salud de la población. Hacia una nueva salud pública*. Tercera Edición. México: FCE, SEP, CONACYT. Pág. 166.

puestos de salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), como las clínicas y hospitales del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) se encuentran desabastecidos de medicamentos e insumos médicos, carecen de personal y cuentan con instalaciones insuficientes (que tampoco reciben el mantenimiento apropiado). En tanto, la corrupción de funcionarios y funcionarias, de todo nivel, está a la orden del día. Con ello las actividades de prevención y promoción de la salud son escasas y, en algunos lugares del país, existe ausencia total de servicios de salud. Todos estos problemas (bajo acceso, falta de atención, mala calidad e ineficiencia) son el resultado de problemas más profundos e históricos.

De ahí que no podamos separar la salud de las condiciones de vida de la sociedad guatemalteca, que subsiste en medio de carencias, con crecientes índices de pobreza y sometida a gobiernos corruptos. A ello se suma la existencia de grupos organizados dentro del sector privado, que privilegian únicamente la acumulación económica, a costa de la depredación de todos los sistemas de vida y la explotación laboral. Asimismo, en Guatemala conviven un sector empresarial y una ciudadanía que se resiste al pago de impuestos, lo cual redundará en escasos recursos para la conducción de la política social. Al parecer, la población no ha asumido que la salud es un derecho y no una mercancía que se obtiene con el pago directo o un acto de caridad provisto por el Estado. Los servicios públicos de salud, y de forma específica, los brindados por el MSPAS son de una trascendencia e importancia crucial, pues no solo deben contribuir con el bienestar de la población guatemalteca, sino son un elemento central en el desarrollo del país y en la estabilidad política. En este sentido, se

reconoce que se necesitan transformaciones urgentes en favor de la equidad y la igualdad para que la realización del derecho a la salud sea una realidad.

Estas transformaciones incluyen una mejora en el gasto público, la implementación de políticas públicas audaces y el fortalecimiento de las demandas ciudadanas. Por otra parte, es necesario comprender que los problemas a resolver son de tal magnitud y complejidad que se requiere mucha claridad para delimitarlos y decidir cuál es la mejor ruta para su solución.

Con estos elementos en mente, y como un primer acercamiento a la transformación del sistema de salud en general, este documento se enfoca en comprender qué tipo de reformas se necesitan en la provisión de servicios públicos de la salud. Los servicios de salud constituyen el espacio en que los ciudadanos y ciudadanas se relacionan directamente con el sistema de atención. Por ello, se han elegido los servicios públicos, ya que son la expresión final del derecho a la salud como responsabilidad del Estado.

El contenido de este documento brinda algunos elementos para la discusión e invita al diálogo abordando preguntas como: ¿qué tipo de servicios de salud necesita la población guatemalteca?, ¿cómo se deben financiar?, ¿cómo se dirigen?, ¿quién lo hace? Y más importante, ¿qué esperamos lograr? y ¿por dónde comenzar? El objetivo es poder regresar a la ciudadanía el poder de plantear sus propias reformas, desde un mejor conocimiento de la situación del sistema de salud. En especial, a la víspera de un proceso eleccionario, es fundamental que cualquier candidato que busque ser electo, tenga presente que no se puede mejorar el sistema de salud sin soluciones y planteamientos claros.

3. ¿Cómo es nuestro sistema público de servicios de salud?

Hablar de sistemas de salud, en términos generales, evoca referirse a una organización en la que distintos componentes interactúan de manera ordenada, coordinada y coherente para lograr uno o varios resultados deseados, en términos de promoción de condiciones saludables de vida, prevención de enfermedades y recuperación de la salud⁴. Los componentes de un sistema de salud incluyen: insumos y medicamentos, recursos humanos, tecnología, información y recursos económicos, los cuales deben ser gestionados bajo un marco que propicie una administración eficiente, a través de procesos de toma de decisiones fluidos, transparentes y efectivos. En resumen, todos los sistemas de salud del mundo tienen tres grandes objetivos:

1. Mejorar las condiciones de salud de la población
2. Generar satisfacción pública
3. Proteger a la población de los gastos empobrecedores de la enfermedad

Lo expuesto anteriormente es un planteamiento teórico que sirve para analizar la realidad de los distintos sistemas de salud existentes. Sin embargo, cuando se contrasta la teoría con lo que realmente ocurre, surgen los rasgos de cada sistema de salud.

Para el caso de Guatemala, las clasificaciones internacionales lo catalogan como un sistema *fragmentado y segmentado*⁵.

Es *fragmentado* porque existen muchos tipos de proveedores de servicios de salud, sin que necesariamente se coordinen y trabajen bajo objetivos comunes. Es así como existen fragmentos llamados también *subsistemas*: el público, el privado, el comunitario y las prácticas poblacionales de salud. El subsistema público incluye al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), a Sanidad Militar, al Hospital de la Policía Nacional Civil y servicios de instituciones públicas como el Banco de Guatemala, las municipalidades, y otros. Todas estas instituciones, sin embargo, se encuentran trabajando en descoordinación y sin objetivos comunes.

El subsistema privado se integra por organizaciones lucrativas y no lucrativas. Las primeras se componen de clínicas privadas, centros de diagnóstico, hospitales y farmacias, entre otros. Su principal objetivo es obtener ganancias mediante la provisión de servicios de salud. Por su parte, el componente no lucrativo se conforma por fundaciones, organizaciones no gubernamentales (ONG's) y clínicas parroquiales, pero al igual que el caso del subsistema público, no actúan de forma coordinada y no comparten los mismos objetivos.

El subsistema comunitario está integrado por todos los terapeutas tradicionales y, aunque es difícil clasificarlo, está presente a todo lo largo del territorio nacional, siendo utilizado por una cantidad enorme de personas. El subsistema de prácticas poblacionales, aun cuando no existe consenso sobre incluirlo en esta descripción, se integra por todas las acciones que los individuos

4 Op Cit Frenk (2003).

5 Estrada Galindo, G. (2008). *El sistema de salud en Guatemala ¿hacia dónde vamos?, Síntesis, 9*, Informe Nacional de Desarrollo Humano. Guatemala: PNUD.

y sus familias toman sin incluir a terapeuta alguno, por ejemplo cuando se unen personas con la misma condición para apoyarse mutuamente, o cuando las personas realizan acciones de autocuidado para evitar enfermarse, o cuando se decide utilizar algún medicamento, una bebida, o cualquier otra práctica para recuperar la salud pero sin el concurso de médicos, terapeutas o profesionales de otro tipo.

Todos estos subsistemas actúan de forma separada, muchas veces no se reconocen entre sí, e incluso, llegan a competir⁶.

Por otra parte, se considera que el sistema de salud de Guatemala es *segmentado* porque los servicios de salud, de acuerdo a su tipo, solo atienden a una porción específica de la población. De tal cuenta, aun cuando la Constitución Política de la República declara que la salud es un derecho ciudadano y los servicios públicos son de acceso universal, las personas cuando necesitan la atención de sus problemas de salud acuden a diversos establecimientos y hacen uso de cualquiera de los subsistemas; decisión que es influida, principalmente, por la capacidad de pago que posean y no por su condición de ciudadanía (Ver tabla 1).

Esta situación tiene orígenes estructurales pues la segmentación de la población, por razones económicas, es un rasgo que puede verse a todo nivel y ámbito en Guatemala: en la educación, en el tipo de transporte que se utiliza, en las condiciones de la vivienda, en la recreación, en el trabajo, etc. La salud no es la excepción, pues se ha configurado un sistema de provisión de servicios que es excluyente. Por ejemplo, el

MSPAS, que tiene a su cargo la atención de toda la población, cuenta con pocos recursos para su funcionamiento. Su presupuesto ha sido durante la última década, en promedio, un escaso 1% del PIB (el menor gasto público de la región latinoamericana); no obstante, quienes utilizan sus servicios son, en su mayoría, personas en situación de pobreza⁷. En el IGSS se atiende únicamente a los trabajadores formales que cotizan y sus beneficiarios. Por su parte, las empresas privadas, de todo tipo y precio (hospitales, clínicas, etc.) atienden a la población de acuerdo a su capacidad de pago. Los servicios informales, como farmacias u otros proveedores populares, atienden igualmente a personas con capacidad de pago. El sistema maya de medicina, que es ancestral y de profunda sabiduría, subsiste como una forma de provisión de atención integral que abarca aspectos espirituales. Al formar parte de la cultura de la población indígena guatemalteca, generalmente es utilizado por las comunidades rurales y de predominancia indígena. En este también se requiere realizar un copago, ya sea en dinero o en especie.

Con esta perspectiva, las necesidades de la población guatemalteca, en lo que concierne a la salud, pueden verse desde varios puntos de vista. Por una parte, está el daño a la salud, expresado en el conjunto de enfermedades y discapacidades que padece la población de acuerdo a su edad, su lugar de habitación y su condición socioeconómica. Siendo el caso que existen diversas publicaciones que dan cuenta de este perfil de enfermedad, discapacidad

6 Cortez, P. (2008). *Estamos enfermos ¿qué hacemos?, Síntesis 6, Informe Nacional de Desarrollo Humano*. Guatemala: PNUD.

7 De conformidad con la Encuesta de Condiciones de Vida de 2006 (Encovi 2006), la población en condición de pobreza y pobreza extrema que recibió atención de salud en el año de la encuesta fue del 75.1% en centros comunitarios, 68.0% en puestos de salud y 55.2% en centros de salud.

Tabla 1
Descripción del sistema de provisión de servicios de salud en Guatemala

Sistema de provisión de servicios		
Subsector	Integrantes	Población que atiende
Público	<ul style="list-style-type: none"> Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 	Población abierta, generalmente de escasos recursos económicos
	<ul style="list-style-type: none"> Instituto Guatemalteco de Seguridad Social 	Población afiliada y sus beneficiarios
	<ul style="list-style-type: none"> Sanidad Militar 	Militares de alta y jubilados
	<ul style="list-style-type: none"> Hospital de la Policía Nacional Civil 	Policías en activo y sus familias (esposas e hijos)
	<ul style="list-style-type: none"> Programas de salud de entidades públicas 	Empleados de las entidades estatales que cuentan con servicios de salud (clínicas de personal y servicios más complejos que incluyen el aseguramiento privado con fondos públicos (Banco de Guatemala, Superintendencia de Bancos, etc.)
	<ul style="list-style-type: none"> Programas de salud de municipalidades 	Población abierta local
Privado	<ul style="list-style-type: none"> Clínicas privadas 	Población abierta con posibilidades de poder pagar por los servicios.
	<ul style="list-style-type: none"> Hospitales privados 	
	<ul style="list-style-type: none"> Farmacias 	Los pagos oscilan en un amplio rango desde servicios de baja remuneración hasta aquellos pagados en monedas extranjeras con servicios internacionales
	<ul style="list-style-type: none"> Laboratorios privados 	
	<ul style="list-style-type: none"> Centros diagnósticos privados 	
	<ul style="list-style-type: none"> Seguros de salud 	
Comunitario	<ul style="list-style-type: none"> Terapeutas mayas 	Población abierta, generalmente indígena, con vinculación sociocultural a estas prácticas
	<ul style="list-style-type: none"> Terapeutas populares 	Población abierta, generalmente de estratos socioeconómicos bajos, con vinculación sociocultural a estas prácticas
	<ul style="list-style-type: none"> Farmacias y ventas de medicamentos 	Población abierta, generalmente aquellos que no tienen acceso a otros servicios
Prácticas poblacionales de salud	<ul style="list-style-type: none"> Autocuidado Autoayuda Autoatención 	Toda la población guatemalteca. La autoayuda implica las asociaciones de personas para darse soporte mutuo ante situaciones de salud que comparten (Alcohólicos Anónimos, por ejemplo); el auto cuidado se refiere a los actos de prevenir enfermedades mediante cuidados personales (la higiene personal por ejemplo) y el autocuidado se refiere a los actos de tratarse uno mismo sus enfermedades a partir de diversos factores personales, familiares y sociales.

Fuente: Elaboración propia.

y muerte de la población (es decir, el perfil epidemiológico), este documento no incluirá en profundidad la discusión de este tema. Por otro lado, se tiene el análisis de los determinantes sociales y económicos de la situación de salud, que en esencia revela que es la desigualdad, la inequidad y la exclusión lo que se encuentra en el fondo de los problemas de la salud de la población y, por ende, esto implica que se deben buscar soluciones con abordajes amplios e integrales. Por ello, para remediar la problemática de salud, al igual que los otros problemas sociales en Guatemala (educación, vivienda y empleo, entre otros), se necesitan cambios en la estructura del Estado y en las relaciones de poder de la sociedad guatemalteca, extremo que requiere procesos de cambio profundos y de largo plazo. Como fue mencionado anteriormente, los servicios públicos de salud, y de forma específica, los brindados por el MSPAS son de una trascendencia e importancia crucial, por ello es preciso reconocer la estructura de dicho ministerio y su conformación.

El MSPAS se organiza en dos grandes niveles: el central y el ejecutor⁸. El nivel central se integra por el Despacho Ministerial y cuatro Viceministerios: Administrativo Financiero, Técnico, Atención Primaria y Hospitales (este último en discusión sobre su vigencia). En la escala jerárquica le sigue un grupo de entes asesores y de apoyo (Consejo Nacional de Salud, Consejo Técnico, Planificación Estratégica, Sistema de Información Gerencial, Asesoría Jurídica y Programa de Accesibilidad de Medicamentos, entre otros). Además se cuenta con cuatro direcciones generales: (Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud (DGRVCS); Dirección General del Sistema Integral de Atención en

Salud (DGSIAS); Dirección General de Recursos Humanos en Salud (DGRH) y Gerencia General Administrativo Financiera (GGAF). En estas direcciones generales se acreditan y regulan los servicios de salud del país, se genera información epidemiológica para la toma de decisiones, se desarrollan los programas de atención de la salud y se administran y coordinan los recursos humanos, financieros y los servicios de atención.

En cuanto al nivel ejecutor, cada departamento de la República cuenta con una Dirección de Área de Salud (DAS), con excepción de Petén, Quiché y Guatemala, que tienen más de una DAS por poseer mayor población y dispersión en sus territorios. Cada DAS se divide a su vez en Distritos Municipales de Salud (DMS) que en su mayoría se corresponden con las municipalidades del país (Ver tabla 2).

Dentro de la organización descrita anteriormente se desarrollan los servicios públicos que provee el MSPAS. En el nivel central se dan las directrices de política, se organiza la asignación y distribución de los recursos y se proveen las normas de atención para que el nivel ejecutor pueda proveer la atención, preventiva y curativa, que reciben las y los ciudadanos.

Esta atención se organiza por niveles: el primer nivel corresponde a los puestos de salud, donde generalmente labora una auxiliar de enfermería y ocasionalmente un estudiante de medicina en su último año de carrera. El segundo nivel está conformado por centros de salud, donde laboran los médicos y médicas, enfermeras profesionales, laboratoristas y otros profesionales de la salud. El tercer nivel corresponde a la red de hospitales. La idea de esta organización es que en el primer nivel se atiendan los problemas de salud simples que pueden ser cubiertos por

8 Información con base en la Memoria de Labores del MSPAS de 2014.

Tabla 2
Estructura Ministerial

Estructura del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)		
Niveles	Cómo está integrado	Cuál es su responsabilidad
Central	<ul style="list-style-type: none"> Ministro (a) y viceministros (as) 	<p>Conducir el Ministerio, proveer las políticas y lineamientos generales, ser el intermediario de la población ante las autoridades de los Organismos Ejecutivo, Legislativo y Judicial en favor de la salud.</p> <p>Gestionar y obtener los recursos necesarios para la atención de la salud y administrarlos una vez obtenidos.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> Consejos de salud 	Asesorar al despacho ministerial en la tarea y ser un espacio de discusión interinstitucional sobre las políticas y decisiones del Ministerio.
	<ul style="list-style-type: none"> Sistema de información 	Obtener, procesar y analizar la información necesaria para la toma de decisiones administrativas, financieras y operativas de la atención de la salud.
	<ul style="list-style-type: none"> Unidad de Planificación Estratégica 	Planificar, evaluar y proveer asesoría.
	<ul style="list-style-type: none"> Auditoría interna 	Vigilar por el buen uso de los recursos.
	<ul style="list-style-type: none"> Asesorías específicas 	Asesoran en proyectos específicos del despacho ministerial.
	<ul style="list-style-type: none"> Dirección general administrativo financiero 	Administra los recursos financieros del Ministerio, dirige la asignación presupuestaria y los procesos de rendición de cuentas y coordina las adquisiciones.
	<ul style="list-style-type: none"> Dirección general de recursos humanos 	Administra la planta de personal del Ministerio en términos de la planificación, la asignación de puestos, la formación y la capacitación.
	<ul style="list-style-type: none"> Dirección general de regulación, vigilancia y control de la salud 	Ejerce funciones de regulación y vigilancia de los programas de atención a las personas, la atención al medio, la acreditación y control de los establecimientos de la salud, la regulación y control de los alimentos, la regulación y control de los medicamentos y productos afines y dirige al laboratorio nacional de la salud.
<ul style="list-style-type: none"> Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud 	Tiene a su cargo el desarrollo de los servicios, el departamento de epidemiología, la promoción y educación para la salud y la coordinación de la red de servicios de salud incluyendo los hospitales, las áreas de salud y los distritos municipales de la salud.	

Continúa...

Estructura del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)		
Niveles	Cómo está integrado	Cuál es su responsabilidad
Ejecutor	Primer nivel <ul style="list-style-type: none"> • Puestos de salud • Centros de convergencia • Unidades mínimas de atención 	Servicios de baja resolución de problemas, atendidos generalmente por un (una) auxiliar de enfermería con equipo mínimo, medicamentos básicos, responsables de acciones de tipo preventivo como vacunación y controles prenatales, distribuidos generalmente en regiones rurales con una lógica de uno por cada 2,000 habitantes (teórico).
	Segundo nivel <ul style="list-style-type: none"> • Centros de salud • Centros de Atención Permanente (CAP) • Centros de Atención Materna e Infantil (CAIMI) 	Servicios de mayor capacidad de resolución de problemas, cuentan con personal médico, de enfermería y ocasionalmente, laboratorio clínico, nutricionista, trabajadora social, técnicos de saneamiento ambiental, cuentan con mayor equipamiento, más surtido de medicamentos. Los Centros de Salud atienden de lunes a viernes en horario de 8 am a 5 pm. La variante CAP, cuenta además de lo anterior, con capacidad para atender partos sin complicaciones y atiende las 24 horas del día los 365 días del año. La variante CAIMI, además de lo anterior, cuenta con capacidad de realizar operaciones cesáreas y atender partos complicados.
	Tercer nivel <ul style="list-style-type: none"> • Hospitales distritales • Hospitales departamentales • Hospitales regionales • Hospitales de referencia nacional • Hospitales de especialidades 	<p>Constituyen la red nacional de hospitales, todos con capacidad de encamamiento y atención médica.</p> <p>Los hospitales distritales sirven a un distrito municipal de salud, los departamentales generalmente a una área de salud, los regionales a una región específica y los de referencia nacional, situados en la ciudad de Guatemala sirven a todo el país (San Juan de Dios y Roosevelt). Los hospitales de especialidades atienden su disciplina específica y son de referencia para todo el país (Hospital de Salud Mental, Hospital de Dermatología, Hospital Nacional de Ortopedia, Hospital San Vicente, Unidad Nacional de Oncología Pediátrica).</p>

Fuente: Elaboración propia.

la auxiliar de enfermería, pero cuando se necesita una evaluación y tratamiento médico, las personas deben ser referidas, o acudir por sus propios medios, desde los servicios del primer nivel hacia el segundo nivel. Cuando se requiere hospitalización se deben referir al tercer nivel.

Uno de los rasgos característicos de los servicios del MSPAS es que los recursos financieros,

humanos y de infraestructura están concentrados en la capital y en las cabeceras urbanas departamentales, lo cual deja en desventaja a las poblaciones rurales de predominancia indígena. De igual manera, se da mayor importancia al presupuesto para la atención curativa de hospitales, aun cuando resulta de todas formas insuficiente. Por su parte, el presupuesto para el primero y segundo niveles de atención es tam-

bién muy escaso, cuando dicho financiamiento es de crucial importancia para la prevención y promoción de la salud.

De acuerdo con la legislación nacional, el MSPAS es la entidad rectora de la salud, esto significa que debe ser la institución que coordina, dirige, provee los lineamientos y evalúa los esfuerzos nacionales para el logro de los objetivos de salud. Para realizar esta tarea se necesitan recursos de todo tipo: financieros, tecnológicos,

humanos, políticos y de liderazgo. No obstante, la realidad es desalentadora: el MSPAS es una de las instituciones que menos presupuesto tiene asignado dentro del sector público, incluso ha tenido reducciones, que no le permiten tener la capacidad para el logro de sus objetivos. En este texto, se analizan los orígenes de esta situación y se ponen de relieve los aspectos más importantes relativos a las causas que necesitan ser modificadas.

4. ¿A qué se enfrenta el sistema de servicios públicos de salud?

Los resultados logrados por los servicios de salud, hasta el momento, no han sido muy buenos. Por ejemplo, en Guatemala, en promedio, mueren tres niños cada dos horas por causas que se pueden prevenir, es decir que se pueden evitar con medidas de salud pública. Los promedios tienden a esconder la realidad; en el caso de las muertes infantiles el problema es mucho mayor de lo que parece.

Si bien, de acuerdo a los últimos datos oficiales publicados, en 2009 morían 30 niños por cada 1,000 nacimientos, el panorama cambia si se consideran otros aspectos. Por ejemplo, cuando la madre es indígena el número de muertes sube a 40 por cada 1,000 nacimientos. Si además es una madre sin educación formal el número se incrementa a 48. Si vive en departamentos como Totonicapán y Chiquimula, el número sube a 41 y 55, respectivamente⁹.

Si además del drama de las muertes evitables de estos niños y niñas, y las consecuencias que esto le trae a las familias y al país, se considera la situación de los niños y niñas que sobreviven, el problema adquiere otras dimensiones. De acuerdo con los datos oficiales, uno de cada dos niños menores de 5 años tiene algún grado de desnutrición crónica, es decir que a su tierna edad, ha sufrido períodos prolongados de alimentación insuficiente. Este tipo de desnutrición no solo afecta su crecimiento sino que lo pone

en desventaja para aprender y para defenderse de las infecciones.

Las madres también mueren por falta de atención. Se calcula que en promedio, en todo el territorio nacional, mueren tres madres cada dos días por causas relacionadas a la falta de atención en el embarazo o el parto. Sin embargo, esta cifra se triplica en Izabal y se duplica en Totonicapán y Huehuetenango¹⁰.

A estos problemas hay que sumarles que cada vez más, la diabetes, la obesidad, el cáncer, la hipertensión arterial y otros problemas crónicos se presentan en la población, y no solo en aquellas personas que viven en las ciudades. La diabetes, por ejemplo, se considera una verdadera epidemia que afecta cada vez más a mujeres rurales e indígenas. Las y los adolescentes guatemaltecos son víctimas de la violencia y los adultos mayores no encuentran programas públicos de atención de sus enfermedades¹¹.

En cuanto a las mujeres, si bien existen programas de atención relacionados con la maternidad, no están protegidas para problemas distintos. Según datos de algunos Distritos Municipales de Salud (DMS), aproximadamente el 52% del total de las atenciones solicitadas por mujeres de 10 y más años son por motivos

9 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Instituto Nacional de Estadística (INE) y Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) (2011). *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008 (ENSMI-2008/09)*. Guatemala.

10 Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia y Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2011). *Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2007*. Guatemala.

11 Moscoso, V. (2008). *El sistema de salud en Guatemala, retratos de muertes evitables, Síntesis 3, Informe Nacional de Desarrollo Humano*. Guatemala: PNUD.

no reproductivos¹². Pese a ello, sigue predominando en las prioridades nacionales el enfoque materno-infantil, el cual, además de carecer de integralidad, es discriminatorio tanto para las mujeres que no entran en esta categoría, como para varones jóvenes y adultos; además que contribuye a reforzar los roles tradicionales en cuanto a la maternidad¹³.

Por otra parte, la violencia basada en género continúa siendo una problemática social y de salud pública con consecuencias devastadoras para la salud mental de las mujeres. Según cifras oficiales de la Procuraduría de los Derechos Humanos, la cantidad de denuncias de violación y agresión sexual de mujeres y niñas se incrementó en más de un tercio entre 2008 y 2011. En adición dicha entidad señala que en 9 de cada 10 de estos casos, los responsables no fueron sancionados¹⁴.

Guatemala enfrenta varias tendencias que afectan la salud: la primera es que la estructura de la población está cambiando. Ahora, en términos generales, se ha reducido la cantidad de hijos que cada mujer tiene y se ha aumentado la esperanza de vida al nacer, esto redundando en que la proporción de niños y jóvenes si bien es la mayor,

tiende a reducirse, y la proporción de adultos mayores tiende a aumentar. Como cada grupo de población tiene sus propias características de salud (por ejemplo: los niños padecen más de problemas infecciosos, los jóvenes sufren de más actos de violencia, los adultos y adultos mayores padecen de más enfermedades crónicas), las necesidades de servicios están en constante cambio y aumentan las demandas de atención para los problemas crónicos y la violencia.

Este cambio del perfil de enfermedades de la población también se ve influenciado por el surgimiento de nuevas enfermedades, por ejemplo el Chikungunya, que a su vez es el resultado de variables globales como las comunicaciones y migraciones y sobre todo el cambio climático. Esta situación también genera nuevas presiones a los servicios de salud. Finalmente, en Guatemala, una variable muy importante es la relativa a la utilización del territorio. La industria extractiva sin regulaciones, y la agroindustria que aumenta su frontera constantemente, generan nuevos y muy importantes riesgos para la salud de la población; sobre este particular se requiere indagar con mayor profundidad en dichas repercusiones.

12 Sistema de Información del Modelo Incluyente de Salud 2014.

13 Normas de Atención, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemala, 2010.

14 Human Rights, Watch. Informe Mundial 2014. Disponible en: <http://www.hrw.org/es/world-report/2014/country-chapters/122024>.

5. ¿Qué respuesta pueden dar los servicios de salud a esta problemática?

Una tendencia de las últimas tres décadas, y que fue respaldada por organismos de cooperación internacional bajo el argumento de lograr mayor eficiencia y menores costos, es la de aumentar la participación privada en la provisión de servicios públicos de salud, lo que resultó en detrimento de los servicios públicos institucionales. Esto ha conducido a un gran atraso, y la virtual suspensión, del desarrollo de la infraestructura pública de servicios de salud en los últimos dieciocho años.

Si bien prevenir la enfermedad, promover la salud y atender los problemas de riesgo y enfermedad es la principal razón del sistema de salud, los servicios en sí mismos se convierten en parte del problema cuando no tienen capacidad de atención. Quizás lo más visible, por su constante cobertura en los medios de comunicación, son las deficiencias que surgen con frecuencia en los grandes hospitales nacionales de referencia: el Hospital General San Juan de Dios y el Hospital Roosevelt.

Ambos se encuentran ubicados en el departamento de Guatemala y son los encargados de atender con servicios de medicina especializada, a prácticamente toda la población del país, pues son el centro de referencia de todas las especialidades y subespecialidades. Por ejemplo, si un niño en San Marcos requiere una evaluación o tratamiento específico por un neurólogo pediatra debe ser referido a uno de estos hospitales. En contraste, una cantidad importante de consultas que llegan diariamente a estos hospitales no necesitan de especialistas o tratamientos sofisticados, sino que son problemas relativamente menores que podrían, y deberían, ser atendidos en los centros y puestos de salud. Esta situación

hace que se saturan de manera innecesaria los servicios hospitalarios, lo cual consume una buena cantidad de sus recursos.

La otra cuestión a considerar es que la red hospitalaria, conformada por 43 hospitales departamentales y regionales tiene una capacidad de resolución limitada, que está sujeta a la crónica falta de recursos. La situación en el interior de la república se vuelve aún más crítica, pues el fenómeno se repite a nivel departamental. Los hospitales se saturan de manera innecesaria por las deficiencias del primero y segundo niveles de atención.

Los pacientes referidos a los hospitales nacionales enfrentan diversas restricciones para tener acceso a servicios de salud más especializados, tal es el caso de una unidad de cuidados intensivos, o cualquier complicación que no pueda resolverse a nivel local. La primera es el transporte, pues muchas veces no son referidos en ambulancia, lo cual implica que la persona debe pagar con su dinero el traslado, cuando en ocasiones el recorrido es de una gran cantidad de kilómetros. La segunda restricción es la disponibilidad de camas en el hospital, y la tercera, y muy importante, es la disponibilidad de recursos (insumos y humanos) para atender su padecimiento. Todo esto reduce las posibilidades de sobrevivencia para cualquier persona que busca atención y se encuentra en condiciones críticas o con riesgo de caer en estas.

Por otra parte, los centros de salud, que corresponden al segundo nivel de atención, se encuentran concentrados en los cascos urbanos a nivel municipal. Esta distribución es inequitativa si se

considera que hay centros de salud que deben atender a una población que apenas supera las 3,000 personas y otros centros de salud, con la misma infraestructura y recursos, que deben atender a poblaciones que fácilmente superan los 150,000 habitantes.

Con esta distribución centralizada e inequitativa, los más afectados son los de siempre: ciudadanos y ciudadanas que viven en el área rural, con poco acceso a servicios y en condiciones de pobreza y limitación.

El MSPAS cuenta a nivel nacional con una red compuesta por 1,049 puestos de salud distribuidos en el área rural, que se encuentran ubicados de manera periférica a los centros de salud. Para el 2015, según proyecciones del INE, Guatemala posee una población cercana a los 16 millones de habitantes, de la cual el 51% se ubica en el área rural (8.1 millones de habitantes).

De tal forma, si cada puesto de salud está orientado a cubrir aproximadamente 2,000 habitantes, se necesitan alrededor de 4,080 puestos de salud, para atender a la población que reside en el área rural. Bajo el entendido que hay 1,049 puestos de salud, esto significa que se requiere la construcción, como mínimo, de 3,031 nuevos puestos de salud para poder brindar una cobertura real. Como es de suponer, el insuficiente número de puestos de salud implica que la población que vive en el área rural se vea obligada a caminar varios kilómetros para poder tener acceso a servicios de salud. O bien, la población debe esperar que haya bus o alquilar un viaje en pick up para poder acudir a la cabecera municipal (en donde se ubica el centro de salud o alguna clínica privada), o bien viajar hasta la cabecera departamental para acudir al hospital público o privado, aunque esto signifique sacrificar el jornal ganado durante el día.

Desafortunadamente, la falta de acceso no se restringe al tema geográfico. La mayoría de comunidades del área rural pertenecen a algún pueblo indígena y cuando llegan a los servicios de salud es frecuente que encuentren que la enfermera o el médico no hablan su idioma, lo que constituye una barrera cultural e idiomática. Sin contar que muchas veces son objeto de burla o regaños por las creencias o prácticas de autocuidado que practican. Otra barrera al acceso es el horario de atención, pues este se define generalmente con base en las horas hábiles que se manejan en el área urbana, lo cual deja fuera a un porcentaje bastante alto de población que trabaja en la agricultura y la manufactura, cuyos horarios les impiden encontrar servicios abiertos.

Muchas personas, luego de superar las barreras geográficas, culturales y sociales, llegan por fin a los servicios de salud pero desafortunadamente no encuentran la respuesta esperada y salen de los mismos con una receta, una orden de laboratorio, una hoja de referencia en la mano, o con un simple: “¡no hay!”. En adición, la infraestructura de salud no cuenta con rampas u otras modificaciones que faciliten el ingreso de población con capacidades distintas y tampoco se cuenta con programas adecuados para brindar atención a personas de la diversidad sexual y otras expresiones socialmente excluidas.

Estos datos son ejemplos para los cuales resulta evidente que la solución no descansa, únicamente, en la mejora de los servicios de atención. De hecho para mejorar la salud de la población guatemalteca se requiere construir una sociedad más justa e incluyente, donde el centro del desarrollo sean las personas y no la acumulación económica y la capacidad para competir en los negocios. No obstante, estos procesos son de largo aliento y no podemos esperar a que sucedan para iniciar la mejora de los servicios públicos de salud.

6. Las raíces del problema

¿Por qué la problemática presentada en el apartado anterior subsiste históricamente? ¿Por qué los guatemaltecos y guatemaltecas no cuentan con el acceso universal a una atención integral a la salud? Ante estas preguntas, hay respuestas que van, desde las más sencillas y cotidianas, como que el Estado y la burocracia son ineficientes y que no hay dinero suficiente para cubrir las necesidades de salud, hasta las más despectivas y racistas, como que las personas no acuden a los servicios porque son analfabetas, ignorantes o porque sus creencias son equivocadas.

No obstante, las respuestas no pueden ser simples, ni desconectadas unas de otras. Por ello, hay que acercarse a la esencia de esta problemática de una manera más compleja y profunda. Un aspecto importante a considerar es que el sistema de salud de un país no es ajeno o independiente a la historia y estructura social, política, económica y cultural de la sociedad de la que forma parte; ni tampoco es ajeno a los principios y valores dominantes, sino todo lo contrario. Existe una relación de determinación en los diferentes niveles nacionales, regionales e internacionales, que condiciona el origen, desarrollo y avances de los sistemas, políticas, planes, estrategias y programas de salud en una sociedad. Esta determinación social se puede entender en tres grandes dimensiones: política, económica y social.

a) La dimensión política

En términos generales, la conformación del Estado puede explicarse como la correlación de fuerzas que se establece entre diferentes grupos de poder, en donde un grupo, o varios de ellos,

se apropian del dominio de otros sectores de la sociedad. Estos grupos deciden qué compartir de las ganancias, o de la acumulación económica de la cual se ven beneficiados, las cuales muchas veces obtienen de la aplicación de las políticas económicas y sociales, entre ellas la política de salud. En la historia de los sistemas de salud, los acuerdos o medidas para enfrentar de manera profunda los problemas de salud se han producido en grandes momentos de lucha social y política, especialmente durante períodos de crisis. En algunos casos, los países únicamente han logrado paliar la tensión social, pero es en estos contextos que se han concretado las diferentes realidades de los sistemas de salud.

Para el caso guatemalteco, el origen del Estado Nación se puede decir que comienza con la independencia en 1821 y que se concreta en la posterior historia del país. Este Estado, que concentra mucho poder, ha buscado beneficiar económicamente a ciertos grupos de población (blancos y criollos) y es profundamente excluyente en lo social, sobre todo con la mayoría indígena y otros sectores de la población mestiza o ladina, que entran en la categoría de obreros, campesinos y que pueden estar insertos en la economía informal, viviendo en pobreza y extrema pobreza.

Asimismo, el Estado Nación se configuró como un Estado machista el cual establece un orden legal, político y cultural opresivo y discriminatorio contra las mujeres, en especial aquellas que por su condición de clase u origen étnico ocupaban ya de por sí una posición subordinada. Ello está expresado claramente en elementos de la historia que van desde el “derecho de pernada” o

“derecho de la primera noche”¹⁵ (como forma de violencia sexual legitimada informalmente durante la colonia, denunciado hasta años recientes y probablemente aún vigente); la antigua legislación sobre la prostitución (en donde el cuerpo de las mujeres era un bien de consumo, cuyo valor era mayor mientras más jóvenes y blancas fueran); y el no reconocimiento del derecho al voto de la mujer hasta 1945 (solo para quienes sabían leer y escribir), teniendo que pasar 20 años más (hasta 1965) para que en el país se constituyera en un derecho político universal.

Otros claros ejemplos recientes de legislación discriminatoria en el país fueron el Código Civil y Penal —entre otras leyes—; no siendo sino hasta después de la firma de los Acuerdos de Paz, y producto de las luchas de las diferentes expresiones organizadas de mujeres en el país, que se han impulsado acciones para la eliminación de legislación discriminatoria. Pero pese a algunos avances en la legislación, es imperativo señalar que el machismo continúa arraigado en la sociedad; siendo una muestra de ello los altos índices de violencia basada en género y los serios obstáculos de acceso a la justicia por parte de las mujeres, especialmente en lo relacionado a la violencia sexual. Asimismo, en alguna medida continúa la naturalización del abuso sexual y embarazo en niñas y adolescentes.

Por otra parte, un momento determinante en la historia del sistema de salud de Guatemala es la llamada “primavera democrática”, ocurrida de 1944 a 1954, en la que surgen instituciones como el MSPAS y el IGSS, en un marco de formulación de políticas públicas basado en el reconocimiento de derechos. Este proyecto, que se perfilaba de

gran desarrollo económico e inclusión social, se vio truncado. Dado que había sido producto de una lucha excepcional del pueblo guatemalteco, su negación por los grupos de poder económico y militar, nacionales y norteamericanos, conllevó a lo que puede llamarse la “larga noche de la historia reciente”.

Ante la coerción estatal y la crítica situación social, y frente a las tensiones no resueltas, se genera una polarización política y social que da lugar a una larga guerra civil que duró más de 30 años en Guatemala. Entre 1954 y 1982, se da una política de salud que se ha llamado la “no política de salud”, pues simplemente el desarrollo de los servicios públicos de salud no fue una prioridad.

En esos años, todos los enunciados de política nacional e internacional (Atención Primaria de la Salud, participación social en salud, entre otros) se suscitan en un contexto guatemalteco con condiciones sociales y políticas marcadas por la guerra fría, con un Estado pequeño que beneficiaba a unos pocos, y que estaba alineado con una política contrainsurgente, lo cual limitó finalmente el desarrollo de las dos instituciones públicas más importantes para el tema de la salud pública: el MSPAS y el IGSS. Estas restricciones se expresaron en diversos ámbitos. En el caso del MSPAS sus actividades se vieron influenciadas por la reducción de la atención basada en los principios de Atención Primaria de la Salud (participación social, acción comunitaria, y servicios integrales para todos) para transitar hacia lo que se llamó la Atención Primaria Selectiva (atender solamente a madres y niños). En el IGSS, y también el MSPAS, se dieron restricciones financieras; en el MSPAS a través de limitaciones presupuestarias y baja prioridad para la inversión y en el IGSS por la

15 Casaús, M. E. (1990). *La mujer en el contexto centroamericano, el caso de Guatemala*. África, América Latina, cuadernos: Revista de análisis sur-norte para una cooperación solidaria, N°. 1, 1990, pp. 83-94.

moratoria de los aportes que la ley dicta que debe trasladar el Estado a la institución.

Posterior a esta etapa, se da la “transición hacia la democracia” misma que fue controlada por autoridades militares, que pasan el poder del aparato estatal a gobiernos civiles, a través de las urnas. A partir de la Asamblea Nacional Constituyente de 1985, la convocatoria a elecciones y la llegada al poder de la Democracia Cristiana en 1986, se inició un proceso de reacomodo donde la “Tesis de Estabilidad Nacional del Ejército”¹⁶ se conjuga con la visión de economía social de mercado demócrata cristiana, que es vencida por el contexto político/militar y las políticas de ajuste estructural. Dichas políticas surgen al final de los años ochenta y principios de los noventa y se hicieron presentes como parte de la política financiera y económica nacional, en acuerdo o bajo la presión de los organismos financieros internacionales (Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo y el Fondo Monetario Internacional). Quedó atrás el pago de la deuda social esgrimido por el gobierno demócrata cristiano, en tanto que la acción estatal se limitó cada vez más. Así, nuevamente el MSPAS y el IGSS quedaron a merced de una política de arrastre y aditiva, sin cambios de fondo: todo queda igual, es decir, rezagado, con relación a las necesidades de la población.

Después del inestable inicio de los años noventa (con el fallido gobierno de Jorge Serrano Elías y

el de transición de Ramiro De León Carpio), es el gobierno de Álvaro Arzú el que da forma a un proyecto de nación de corte francamente neoliberal. La firma de los Acuerdos de Paz no logra modificar esa tendencia que aunque si bien, en algunos aspectos, ha sido el marco de avances en beneficio de la población, en el caso de salud no resultó ser así. En dicho gobierno, aunque se reconoce que mejoraron los procesos administrativos del MSPAS, se realizó una modificación al Código de Salud y al Reglamento Interno del MSPAS que instauró el retiro voluntario. Ello facilitó una creciente flexibilización laboral (trabajadores por contrato) que limitó las posibilidades de formular e implementar mecanismos para la mejora de las condiciones laborales de los trabajadores de la salud.

Tanto en el MSPAS como en el IGSS se incrementaron las contrataciones privadas para la prestación de servicios de salud, destacando en el primer nivel del MSPAS el Programa de Extensión de Cobertura (PEC), en el que, a través de convenios con ONG, se provee un paquete básico a la población materno infantil. En síntesis, en este período se generaron las reformas sectoriales derivadas del Consenso de Washington, en donde se promueve una mayor participación privada en la provisión de servicios, la reducción de la política social a intervenciones preventivas baratas, así como la reducción del tamaño de la autoridad sanitaria nacional, es decir, el MSPAS.

Operativamente esto significó dividir las intervenciones que realizaba el MSPAS, en varias funciones que podrían administrarse desde organizaciones nuevas: rectoría (para el MSPAS), prestación de servicios (públicos y privados compitiendo), administración (el MSPAS o la creación de una organización específica) y financiamiento (público-privado, promoción del aseguramiento como mecanismo de financiamiento y la posible

16 En opinión de Vilas (1993): «[...] en la *Tesis de estabilidad nacional*, y en el Foro Nacional “27 años de lucha por la libertad” –organizado por el Consejo Empresarial–, el ejército llegó a la conclusión de que para asegurar la estabilidad nacional y los objetivos nacionales permanentes, como la supervivencia del Estado y el bienestar nacional, era necesario que el “poder nacional” realizara un conjunto de acciones políticas, económicas, psicosociales y militares, las cuales se podrían agrupar en los pilares de la estabilidad nacional: las políticas de seguridad y las políticas de desarrollo.»

creación de una superintendencia para la regulación); y todo esto para abrir las posibilidades de la expansión del mercado de la salud. Finalmente no todo progresó según los planes, y lo que contribuyó a que así ocurriera fue la negativa del IGSS a integrarse a esta serie de reformas.

En los gobiernos posteriores esta tendencia no se modificó, dándose continuidad a los cambios realizados que permitieron la expansión en la contratación de proveedores privados para múltiples servicios que se requieren tanto en el IGSS como en el MSPAS. Esto resulta crucial porque no se agenda el crecimiento de las entidades públicas en la provisión de su redes de servicios sino, al contrario, se magnifica su contracción, dando paso a la firma de convenios y contratos y con ello a la falta de transparencia de los mismos y a la corrupción en muchas de estas mezclas público/privadas.

Finalmente, los bloques de poder económicos y militares se van reconfigurando, y expresándose de manera diversa, mediante la conformación de partidos políticos como el FRG, GANA, UNE y el Partido Patriota. No obstante, en esencia, ninguna de estas opciones ha significado cambios en la naturaleza concentradora económica y excluyente, así como lo social de la política pública. Actualmente vivimos un proyecto de “nación” que se hace inviable, no sólo por el abandono creciente a las necesidades más urgentes de la población, sino también por el incremento de la coerción a sectores de la población que denuncian atropellos a sus territorios y exigen sus derechos como pueblos. El aumento de los niveles de corrupción, la economía ilícita y el narcotráfico, relacionado con los sectores de poder, dirigen las estructuras estatales desde fuera o dentro de los gobiernos y anulan cualquier avance en la política social y sobre todo, del desarrollo del país.

b) La dimensión económica

La Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) define el capital humano “como los conocimientos, habilidades, competencias y atributos incorporados en los individuos y que facilitan la creación de bienestar personal, social y económico”¹⁷. El capital humano se relaciona con la productividad y es definido como la suma de las inversiones en educación, formación en el trabajo y salud que determinan la productividad de los trabajadores¹⁸. Desde esta perspectiva, se concibe la formación de los individuos como un proceso de inversión en el que la mayor capacitación se traducirá en mayor productividad y, en consecuencia, en mayores salarios¹⁹ (Se denomina capital ya que es un conjunto intangible de habilidades y capacidades que contribuyen a elevar y conservar la productividad, la innovación y la empleabilidad de una persona o una comunidad).

En el tema de la salud, Becker subrayó que una manera de invertir en el capital humano es mejorar la salud emocional y física de los individuos. De esta manera la salud, al igual que el conocimiento, es un determinante importante de los ingresos en todas partes del mundo. Por ende, las inversiones en salud generan incrementos en la productividad del trabajo; por ejemplo, una mejor dieta añade fuerza y resistencia, lo que puede afectar la moral y la productividad. De tal forma, el desarrollo productivo de los países determina en

17 Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE). Capital humano: Cómo influye en su vida lo que usted sabe, [en línea], Organización de Cooperación y Desarrollo Económico, París. Ediciones Castillo, S.A. de C.V.

18 Becker, G. (1962). *Investment in Human Capital: A Theoretical Analysis*. Chicago: Journal of Political Economy. Vol. 70, No. 5.

19 Giménez, G. (2005). La dotación de capital humano de América Latina y el Caribe. Revista Cepal 86.

alguna medida las características de los sistemas de provisión de servicios de salud. Todas las actividades económicas requieren de una población laboral sana. No se conciben procesos industriales eficientes y competitivos sin la presencia de obreros motivados y saludables, cuyos cuidados de su salud se incluyen como parte del costo de los insumos producidos. Por lo tanto, de acuerdo a la organización económica de los países surgen necesidades particulares de atención de la salud de la fuerza laboral. Por otro lado, en la medida que los procesos productivos no requieran de una población sana y educada, o los puestos laborales requieran una baja calificación, y por lo tanto sean fácilmente reemplazables, los procesos de atención de la salud pueden considerarse como poco prioritarios para las élites económicas, y por lo tanto, la mejora de los servicios no suele estar en las prioridades de los gobiernos.

En la historia de los países podemos encontrar cómo determinadas actividades económicas, que se convierten en ganancias significativas para determinados grupos de poder económico, generan el interés prioritario por mantener una fuerza laboral motivada y sana. Esto deriva en la generación de políticas que benefician a sus trabajadores de manera más amplia, lo que puede llegar en muchos casos a alcanzar políticas de vivienda, beneficios al consumo, educación y servicios de salud, entre otros.

Para el caso de Guatemala, es importante señalar que la “estructura productiva y la capacidad de absorción de empleo se asocia con una baja productividad en el sector de agricultura, ganadería y pesca” (Icefi, 2011). Asimismo, el nivel de informalidad ronda el 65%, en donde el 71% de la población empleada en dicho sector se ubica en el área rural. De tal cuenta, frente a la precariedad del mercado de trabajo, los sectores económicos

pueden obviar la necesidad de garantizar la reproducción de sus procesos productivos, dado que para los mismos emplean en su mayoría trabajo sin calificación. Es más, los cambios recientes como la minería, los monocultivos como la palma africana y otras formas extractivas, no requieren de grandes masas de trabajadores sanos y alfabetos. Es por estas razones que la focalización de los servicios públicos, solo en algunas comunidades consideradas prioritarias, y la entrega de “paquetes básicos de servicios” que incluyen solamente algunas intervenciones preventivas para algunos miembros de la comunidad (solo mujeres embarazadas y niños menores de 5 años) se consideran suficientes para los formuladores de política.

El otro aspecto a considerar son las repercusiones que tienen estas actividades en el ambiente y la salud humana. Entre estas se puede mencionar: la contaminación del agua y al aire atribuida a la minería extractiva; la forma en que los monocultivos se apropian de las tierras cultivables y el impacto que esto genera en el acceso a los alimentos; la sobrecarga del sistema de salud pública por la gran cantidad de población que sobrevive en condiciones de informalidad y que se ve excluida de la seguridad social, entre otros.

La dimensión económica en el campo de la salud también contribuye a los procesos de acumulación de capital. Con esto el complejo médico industrial, farmacéuticas, las corporaciones hospitalarias, laboratorios, farmacias, seguros privados de salud, entre otros, representan actividades económicas cada vez de mayor interés. En la medida que continúe el abandono de las principales instituciones públicas de salud, se generan incentivos para que este creciente mercado de la salud cobre más auge.

c) La dimensión social

El análisis de esta dimensión será enfocado al sentido de pertenencia e identidad con la nacionalidad y el territorio de un país. En este sentido cobra relevancia el multilingüismo y multiculturalidad de Guatemala, pero además se agregan distintas formas de vivir la espiritualidad.

En el caso latinoamericano, los procesos de independencia modificaron la estructura económica (lo que generó paulatinamente clases sociales en convivencia con modos de producción de corte feudal), sin que esto forjara cambios en la estructura colonizadora y de sujeción de los pueblos indígenas o ancestrales, por parte de los españoles ya residentes o sus descendientes en América. En otras palabras, la constitución de las sociedades latinoamericanas muchas veces conllevó fuertes inequidades en las estructuras económicas y sociales, que fueron justificadas o alimentadas ideológicamente por la percepción del otro, del indígena, como inferior. Diríamos que la ideología colonizadora generó condiciones para la consolidación de procesos de concentración de poder y de la economía en unos pocos. En sociedades donde la mayoría es indígena y se da una gran cantidad y diversidad de existencia de pueblos ancestrales, el grupo blanco, mestizo o ladino que detenta el poder real, mantiene un proceso de no reconocimiento de la diversidad de naciones y pueblos presentes. Esto impacta en los proyectos de nación que se impulsan, pues en estos casos se favorece sólo a unos pocos, que regularmente son los que controlan los bloques de poder dominantes que conducen el aparato estatal y la política pública. En otras palabras, se promueve el racismo como una condición que justifica, de manera consciente o subconsciente, el no reconocimiento de derechos y necesidades y la subvaloración del sufrimiento, el dolor, la enfermedad y la muerte de aquellos considerados inferiores.

Este aspecto resulta crucial en Guatemala, derivado de los altos niveles de racismo y discriminación que se pueden encontrar dentro del sistema de salud. Esto puede caracterizarse en la ausencia de políticas de pertinencia cultural llevadas a la práctica, y de manera transversal a todas las acciones sanitarias; el desconocimiento oficial sobre la existencia del sistema maya; la permanente discriminación en los servicios de la población indígena; la permanencia de una visión colonizadora sobre las formas de relacionarse con los actores del sistema maya, como las abuelas comadronas y sanadores mayas; así como lo relacionado a sus recursos tecnológicos, como es el caso de las plantas medicinales. De hecho, la simple concepción que el derecho a la salud de estas poblaciones pasa únicamente por la provisión de servicios materno/infantiles, de prevención de enfermedades transmitidas por vectores, entre otras pocas, sin importar toda la gama de problemas de salud que atraviesan. Estos hechos pueden considerarse como una acción de discriminación explícita y de exclusión que contraviene la condición humana y sus derechos universales, especialmente lo signado a nivel internacional, tal es el caso del Convenio 169 de la OIT o la Iniciativa Salud para los Pueblos Indígenas de América Latina (SAPIA), relacionados con derechos específicos de los pueblos y comunidades lingüísticas de la sociedad guatemalteca.

Todas estas dimensiones actuando juntas en un proceso histórico-social han configurado el Estado guatemalteco en general y el sistema de salud en particular. Es posible afirmar que nuestro sistema de salud es excluyente, poco eficiente y de alguna manera, desconectado con las necesidades reales de salud de la población guatemalteca. Entonces, ¿qué debemos hacer?, ¿hacia dónde debemos ir?

7. Lo que todos necesitamos: un sistema público de atención de la salud eficiente y que resuelva nuestros problemas

El panorama de la salud y del sistema de provisión de servicios de salud que se ha discutido en los apartados precedentes, permite afirmar que el esfuerzo que se ha hecho hasta el momento para atender la salud en Guatemala no ha sido exitoso, pues no ha logrado los resultados que se demandan. Los servicios de salud se han configurado de la manera actual debido a un largo proceso histórico y político, que al final ha sido canalizado y es resultado de las decisiones que funcionarios, políticos y técnicos han tomado. Estas decisiones se basan en las creencias, los valores y los conocimientos técnicos de estos personajes, por lo que si queremos entender cómo funciona y qué opciones tenemos de mejora, debemos examinar estos aspectos.

Por un lado, una de las creencias predominantes sobre los sistemas de salud es que, por ser públicos y depender del gobierno, son malos, ineficientes y llenos de gente que no trabaja y que es haragana, mientras que los servicios privados son eficientes y tienen mejores resultados. Nada más alejado de la verdad. Los servicios públicos tienen gente muy valiosa y comprometida, que hacen honor a su título de servidores públicos. Por ejemplo, las enfermeras en el área comunitaria utilizan sus propios recursos para transportarse, son quienes han logrado que los niños tengan sus vacunas, las madres sean atendidas y las personas que consultan tengan atención. El problema radica en que es muy poco el personal para la cantidad de población que deben atender, no tienen las mejores condiciones de trabajo (muchas veces trabajan durante varios meses sin recibir su salario), no tienen materiales ni equipo para trabajar y, además, se les carga con todas las

intervenciones que en las oficinas del MSPAS de la capital se diseñan para ser desarrolladas en las comunidades. En los hospitales ocurre otro tanto; los médicos y enfermeras trabajan turnos de hasta 36 horas, no se les provee de materiales, equipo y medicamentos para hacer su labor y las condiciones de trabajo (dormitorios, comida y áreas de descanso) son deplorables. En realidad, tanto los trabajadores de la salud, como las personas que atienden, son víctimas de un sistema que no favorece la salud de las y los guatemaltecos.

Otra creencia es que los servicios públicos serían mejor manejados si se les imprime un estilo “empresarial”. Esto significa que deben tener una lógica donde lo importante es la maximización del excedente (la ganancia), dada una restricción presupuestaria (financiamiento). Desde esta perspectiva, son varios los elementos que compiten con el objetivo de mejorar la salud, en donde la primacía se concentra en la eficiencia y la sostenibilidad financiera. Estos elementos son importantes en cualquier tipo de empresa privada o institución pública, sin embargo, deben valorarse solamente como herramientas y no como el fin en sí mismo. El objetivo de los servicios, como se dijo anteriormente, es mejorar la salud, generar satisfacción del público y proteger a las familias de los gastos empobrecedores de la enfermedad. Teniendo esto en mente, lo importante no es gastar menos o gastar poco o recuperar los costos, o reducir los servicios a los que se consideran que tienen mayor “costo-beneficio”, mediante lo que se ha llamado incorrectamente “paquete básico de servicios”. Incorrecto porque lo que los técnicos consideran como básico, generalmente es definido por criterios económicos: todas aquellas intervenciones

que son baratas y que pueden servir para prevenir “algunas” enfermedades que los sistemas de información (deficientes e incompletos) definen como “prevalentes”. Se dice que los paquetes básicos son un conjunto de intervenciones con una lógica económica impecable, pero con una lógica social de exclusión y discriminación.

La lógica comercial en la provisión de servicios de salud tiene algunos problemas que los especialistas llaman “las fallas del mercado de la salud”. Cuando una persona desea comprar algún bien personal, por ejemplo un par de zapatos, seguramente tiene claro qué es lo que quiere y puede tomar decisiones informadas; por ejemplo, qué tipo de producto quiere, qué color, diseño, tamaño, tipo de materiales y, sobre todo, qué precio está dispuesta a pagar. Si esto lo trasladamos al campo de la salud, inmediatamente resalta que cuando una persona busca atención de la salud no le es posible tomar en consideración todos estos aspectos: las enfermedades no son programadas, surgen en cualquier momento y como amenazan la vida necesitan ser atendidas con urgencia. Cuando se visita al proveedor de servicios, el enfermo no sabe qué problema enfrenta, no conoce la gravedad de su padecimiento, no tiene idea de los gastos en los que deberá incurrir, ni la duración del episodio. Lo único claro es que necesita ser aliviado. Esta situación, que pone en enorme desventaja a quien consume el servicio, frente a quien lo provee, se ha llamado asimetría de la información y distorsiona todas las decisiones involucradas. Ir con un médico es casi un acto de fe, en el que el enfermo se sujeta a las decisiones de otra persona con la confianza y esperanza que sea lo mejor para él. Este es solo un ejemplo de porqué la lógica de los negocios no funciona con los servicios de salud y deben existir mecanismos de proveer salud en condiciones más adecuadas para quien sufre una amenaza a su bienestar.

Nadie dijo que la salud es barata, en todo caso es necesario gastar e invertir, especialmente porque los beneficios de la buena salud se convierten en una mayor satisfacción de las necesidades, mejores oportunidades individuales, familiares y comunitarias, una mayor productividad de las empresas y una menor conflictividad social, por citar algunas. La buena salud es un bien social y está vinculada a la vida, por lo tanto no debe ser expresada solamente como un valor monetario. Esto no significa que no se haga un uso razonable de los recursos, o que se incurra en desperdicios; significa sencillamente que la salud tiene una valoración cuya satisfacción trasciende lo económico y por esto amerita los esfuerzos suficientes para su realización.

Atrás de estos enfoques y debates sobre si la salud debe ser pública, privada o mixta, están algunos valores éticos, los cuales cuestionan si la salud debe ser considerada como un derecho, o si debe ser considerada como una mercancía.

En este documento adoptamos el valor de la salud como un derecho. El derecho a la salud implica que todas las personas puedan tener el más alto grado posible de salud. Ahora bien, ¿cuál es este más alto grado posible?, ¿quién lo define? y ¿cómo lo hace?

Aunque parece complicado responder estas preguntas, en realidad no lo es: si una sola persona en el país, sin importar quien sea, es saludable y tiene acceso a medidas preventivas de enfermedades, o si cuando padece de algún problema de salud tiene acceso a los medios para curarse o rehabilitarse, esto quiere decir que sí es posible brindar ese nivel de salud, y por lo tanto éste se convierte en el más alto grado posible de disfrute del derecho a la salud en Guatemala.

Por ejemplo, si un niño en Guatemala padece de leucemia y en el país existen los medios tecno-

lógicos para tratar esta condición, debería tener acceso a estos tratamientos y tener la oportunidad de salvar su vida, sin importar si puede pagar o no. Si un campesino sufre un infarto y necesita un procedimiento de cirugía para su corazón, este tratamiento debe estar accesible para que pueda salvar su vida y no condicionado a si lo puede pagar o no. Si un adolescente, un niño, una mujer o un adulto mayor es víctima de la violencia y necesita tratamiento hospitalario y cuidados intensivos, debe ser posible que lo obtenga y pueda salvar su vida y no estar condicionado a si lo puede pagar o no.

Es decir que el acceso a la salud desde la perspectiva del derecho a la salud debe ser público y no condicionado a la capacidad de pago. Ya lo dice la Constitución Política de la República: la salud es un derecho de todo ciudadano o ciudadana y es responsabilidad del Estado.

Se dice que el derecho a la salud puede ser traducido en siete dimensiones de la palabra “todos” **(7T): Todos** (y todas) tienen acceso por su condición de guatemalteco(a) y no por su capacidad de pago, durante **Todos** los días de la semana y no solamente de lunes a viernes de 8:00 am a 5:00 pm, en **Todo** el territorio nacional y no solo algunos territorios rurales o urbanos, para **Todas** las condiciones, y no solo algunas enfermedades que los técnicos consideran “prevalentes”, con **Todos** los recursos disponibles y no solo algunas intervenciones bajo el humillante “paquete básico”, con un sistema en el que **Todos** (y todas) pagan mediante impuestos vigilando su buen uso y en condiciones de equidad, y obteniendo servicios con **Todas** las dimensiones de la calidad; es decir que satisfaga a los usuarios, que sean bien tratados, que se utilice la tecnología apropiada, que genere buenos resultados y que permita transparencia y rendición de cuentas al ser vigilado por la población.

Como se mencionó en párrafos anteriores, la salud de la población guatemalteca enfrenta muchos retos: la población está creciendo y su estructura cambiando, surgen nuevas enfermedades sin haber resuelto las anteriores, los servicios de salud han sido descuidados por décadas, la atención pública ha focalizado sus esfuerzos solo en algunas condiciones y en ciertos segmentos de la población, los costos de la atención se han incrementado y no existe ningún tipo de coordinación entre los distintos proveedores de servicios.

Pensar que un problema tan complejo como el descrito se resuelve individualmente mediante las leyes de la oferta y la demanda es una solución condenada al fracaso y que muchos países en el mundo han aprendido con grandes e indeseables consecuencias. Algunas cosas pueden ser asignadas por el mercado, pero en lo que se refiere a la salud y la educación éstas deben ser consideradas bienes públicos y deben ser responsabilidad del Estado.

Guatemala, para enfrentar los enormes retos en materia de atención de la salud, necesita construir un sistema público de provisión de servicios, bien organizado, bien financiado, con credibilidad ciudadana, que tenga presencia en todo el territorio nacional, que no discrimine a guatemalteco y guatemalteca alguna, que no tenga barreras al acceso por el idioma, la edad, la religión, el sexo, la etnia, la preferencia sexual o la condición de salud. En este sistema público de provisión de servicios, los argumentos económicos no deben ser la excusa para no atender a la gente y para lograr mejorar la salud de todos y todas, pues nos debe proteger de los gastos empobrecedores de la atención de la enfermedad. En la siguiente sección se examina cuáles son los problemas que debemos resolver para encaminarnos hacia un mejor sistema de provisión de servicios.

8. Si queremos cambiar, ¿cuáles son los principales problemas que debemos resolver?

Como se concluye de los apartados anteriores, los problemas de salud en Guatemala son el resultado de procesos históricos y políticos complejos, en donde lo que se enfrenta en términos de enfermedades, supera las capacidades del MSPAS. De tal forma, en esta sección se agrupan aquellos elementos que se consideran en buena medida los problemas de base del MSPAS, los cuales deben ser mejorados para poder encaminarse a la solución definitiva de los problemas. Nos referimos a los problemas cuya solución **es irrenunciable** ante cualquier esfuerzo por mejorar la salud pública del país. Los problemas a que nos referimos en esta sección se agrupan en seis ámbitos: 1) la capacidad de rectoría efectiva del MSPAS; 2) la organización y gestión del MSPAS; 3) los recursos humanos; 4) el financiamiento; 5) el modelo de atención; y, 6) la participación ciudadana. A continuación se describen.

8.1 La capacidad de rectoría efectiva del MSPAS

Si bien en la Constitución Política de la República y en el Código de Salud se establece que el MSPAS es el rector de la salud del país, y lo dotan de las herramientas jurídicas para la vigilancia y control de las actividades relacionadas especialmente con la provisión de servicios de salud, en la práctica esto no ocurre.

La provisión de servicios tiene una dimensión de servicios personales y otra de servicios no personales. Entre los primeros se cuentan aquellos en los que las personas reciben atención directa, por ejemplo consultas médicas;

la segunda se refiere a los servicios prestados a los colectivos humanos que generan salud o reducen el efecto dañino de otras actividades, generalmente comerciales; por ejemplo, el saneamiento ambiental.

En todas estas actividades es necesario ejercer una vigilancia, control y regulación pues en todas las actividades relativas a la salud existe una importante asimetría de información entre el proveedor de servicios y el que los utiliza. Como se señaló en los apartados anteriores, visitar a un médico es casi un acto de fe, pues el enfermo desconoce la naturaleza de su problema y la solución y se pone en manos del médico desconociendo lo que éste hará y con qué destreza, conocimientos y calidad lo realizará.

Dada la fragmentación y segmentación del sistema de provisión de servicios, es necesario desarrollar estándares de calidad para cada acto de atención de salud y que estos sean de observancia universal, es decir que se implementen en la práctica pública y en la privada. Contar con estándares claros y realistas permite una vigilancia y control más precisos. Por supuesto eso requiere de fondos y recursos humanos apropiados, pero parece ser la acción más relevante para mejorar la atención en un contexto de fragmentación y segmentación como se señaló arriba.

8.2 La organización y gestión del MSPAS

Se han identificado cuatro ámbitos de problemas en la organización y gestión del MSPAS: 1) la improvisación; 2) la no evaluación; 3) la fragmentación; y, 4) la verticalidad.

a) *La improvisación*

Es otra manera de decir que existe una falta de planificación. En sentido estricto, en el MSPAS se lleva a cabo una planificación de tipo operativo y ocasionalmente se publica un plan estratégico; sin embargo si nos atenemos al proceso de planificación (de la política al plan, del plan al programa y del programa a la operación de los servicios) rápidamente resaltan varias carencias. En primer lugar los grandes lineamientos que deben guiar las acciones de todo el MSPAS son las políticas públicas: las políticas generales emanadas del Gobierno de Guatemala y luego las propias del Ministerio. No obstante, para el caso de Guatemala, muy pocas veces en la historia reciente se han promulgado políticas generales de salud, con excepción de lo prescrito en los Acuerdos de Paz; de tal cuenta se puede colegir que dichas políticas han estado ausentes. En el caso de las políticas emanadas desde el MSPAS, éstas no han sido más que un “copiar y pegar” de las políticas impulsadas por la cooperación internacional, por ejemplo: promover la planificación familiar, la detección temprana y tratamiento de VIH, el tratamiento integral de la tuberculosis, combatir la malaria y la desnutrición. Con esto no queremos decir que no deban implementarse estas iniciativas, pero no deberían ser las únicas que se pongan en marcha y que logren financiamiento. A juzgar por la información vertida en los párrafos anteriores, los problemas de salud de Guatemala son diversos y complejos, por lo que una política de salud con un enfoque sistémico, debería abarcar muchos más elementos para aportar soluciones exhaustivas.

La ausencia de políticas de salud integrales, sumado a la promulgación de políticas focalizadas en problemas particulares, repercute a lo largo

del proceso de atención, pues finalmente solo se impulsa la solución de las condiciones contenidas en dichas políticas y se ignora el resto. Es importante resaltar que en la construcción de estas políticas focalizadas, no existe la participación real de quienes sufren los problemas, ni de quienes implementarán las acciones en los servicios asistenciales.

Las políticas encuentran su primera versión concreta en los planes, y aquí encontramos otra carencia importante. Si bien se han publicado diversos planes estratégicos, nunca se ha publicado el resultado de dichos planes: estos se han convertido en documentos almacenados y desvinculados de las acciones que implementa el Ministerio de Salud.

Al parecer el Ministerio se dinamiza por la inercia, por los lineamientos de la cooperación internacional y por los problemas emergentes que debe atender. Cada vez que asume un nuevo gobierno, y llega un nuevo equipo al MSPAS, pareciera como si lo anterior no existió y es necesario formular nuevos planes y nuevas intervenciones. Esta situación ha echado al cesto de la basura, o ha reducido al olvido, muchas iniciativas bien planteadas e incluso financiadas, pero con poca estabilidad en la organización.

Lo que resalta es que esta falta de políticas coherentes y la falta de planes y programas que respondan a nuestra realidad en salud, obedece a que no contamos con la claridad de qué queremos como país en términos de la salud, es decir que no tenemos metas sanitarias y como dice el refrán popular: “si uno no sabe a dónde va, cualquier camioneta lo lleva”.

Es imperativo que definamos qué tipo de sistema de salud queremos, cómo lo lograremos y qué problemas atenderemos, y con esto podremos

trazar de forma más certera el camino hacia una mejor salud para todos los guatemaltecos y guatemaltecas.

b) La no evaluación

Cuando en 2012 asumió el poder el Partido Patriota, su más publicitada política social fue el combate a la desnutrición crónica mediante el Plan Hambre Cero, y en lo que respecta a la salud y al MSPAS, la implementación de la Ventana de los Mil Días. Esta última es una estrategia que consta de 10 intervenciones que se realizan en los puestos y centros de salud y tiene como población meta las madres embarazadas y los niños y niñas menores de 2 años. Estudios científicos realizados en contextos similares al guatemalteco establecen que si un niño o niña tiene acceso a todas estas intervenciones, tiene mayores probabilidades que su crecimiento sea adecuado y que logre todo su potencial. Hasta ahí todo bien, sin embargo, se determinó que estas intervenciones, excepto una de ellas (provisión de zinc en caso de diarrea) se venían realizando en Guatemala desde los años 80. Entonces ¿por qué no han tenido el efecto deseado?, ¿qué nivel de cumplimiento tuvieron esas intervenciones en el pasado?, ¿dónde fallaron?, ¿dónde tuvieron algún resultado y por qué?

Responder esas preguntas debería ser parte de la evaluación sistemática de las intervenciones que realiza el MSPAS. Si bien existe una unidad con esta responsabilidad, es ya conocido que en el Ministerio no se evalúan las intervenciones, y por lo tanto, no se puede pretender mejorar algo sobre lo cual no se tiene evidencia si está funcionando bien o mal, y mucho menos detectar las causas de dicha situación.

Un elemento fundamental en esta carencia es el sistema de información. Desde hace

muchos años se ha identificado que si bien el sistema de información del MSPAS ha tenido un importante desarrollo, en la actualidad parece ser insuficiente para aportar información que genere una toma de decisiones estratégica. Se han identificado problemas en la captura de los datos, en la calidad de los mismos, en los niveles de agregación y desagregación y en la manera como se consolidan; además se han identificado problemas en el uso de la información y el análisis del que es objeto. Finalmente, muchas veces, los datos no se transforman en información útil y no alimentan el proceso de toma de decisiones. Si se busca mejorar las capacidades del MSPAS, es indispensable modernizar el sistema de información e implementar la evaluación sistemática de todas las intervenciones que se llevan a cabo.

c) La fragmentación

En el esfuerzo por mejorar las condiciones de salud de la población se hace necesaria una organización coordinada; no obstante, el MSPAS da señales de lo contrario. En primer lugar, la manera como hasta hace algún tiempo se organizaba el Despacho Ministerial, dedicaba un viceministerio para los hospitales, otro para la atención primaria y además una Dirección General de Atención en Salud (SIAS), lo que revela un grado importante de fragmentación, duplicidad y traslape de funciones. De acuerdo a la organización de los servicios asistenciales, éstos deben trabajar en red, valiéndose para el efecto de un sistema de referencia y respuesta, adecuado y funcional. En la realidad esto no ocurre, los sistemas de referencia se reducen a la redacción de hojas escritas, que el paciente debe llevar por su cuenta al centro asistencial al que fue referido y no existe un sistema que, de manera sistemática, registre, supervise, evalúe y monitoree las referencias.

Los viceministerios, si bien en el organigrama son parte de un mismo despacho, en la práctica actúan de forma separada y no coordinada. Los hospitales son manejados como feudos, separados de las directrices de las áreas de salud. En el nivel operativo comunitario, es decir los centros y puestos de salud, suele verse mayor coordinación interna; sin embargo, esto no ocurre entre áreas de salud contiguas, a pesar de que comparten territorios y sus fronteras no siempre son claras.

Además de estas evidentes separaciones y falta de coordinación operativa, el problema tiene otras aristas, particularmente en lo que se refiere a los programas de atención.

Estos en la actualidad suman 20, y cada uno está dedicado a atender un fragmento de los problemas de salud. Algunos se dedican a atender enfermedades particulares, como el programa de tuberculosis, el programa de VIH y el programa de enfermedades transmitidas por vectores. Otros se dedican a atender a un segmento de la población, por ejemplo el programa de salud de los y las adolescentes, el programa de atención de los adultos mayores; otros se dedican a intervenciones puntuales como el programa nacional de inmunizaciones; otros a grupos de población con características particulares, como el programa de salud laboral y el programa de salud reproductiva. Cada uno de estos programas se ha creado con distinta temporalidad y ha recibido apoyo con distintas intensidades desde la administración central. Algunos reciben más recursos que otros, y algunos llegan incluso a ejecutar fondos, a pesar de que en el esquema organizativo del MSPAS son de carácter técnico-operativo y no ejecutor de acciones.

Esta situación se agrava por el hecho que entre los programas no existe coordinación alguna. Al

final cada uno de estos elabora normas de atención, instrumentos de recolección de información, y proyectos específicos que finalmente recaen en el personal de los puestos y centros de salud, en su mayoría auxiliares de enfermería, que deben combinar su tiempo asistencial con el llenado de formatos y reportes para cada programa.

d) La verticalidad

Aun sin considerar si existen políticas de salud claramente definidas o consensuadas, en el MSPAS prevalece un modelo de gestión en el que las grandes decisiones son tomadas en los niveles superiores, jerárquicamente hablando, bajo mecanismos poco transparentes, con exigencias de cumplimiento de normas que no necesariamente fueron construidas en consenso con quienes las aplican. Este modelo de toma de decisiones vertical (de arriba hacia abajo), ha generado la sensación entre los trabajadores operativos de los servicios que existe una desconexión entre las necesidades reales del personal, las necesidades de atención de la población y las percepciones y acciones del nivel central. Esta verticalidad y apego a la norma sin flexibilidad alguna, muchas veces es utilizada por los funcionarios para promover sus intereses particulares, sean estos lícitos o ilícitos.

Pareciera que todo funciona al revés de cómo debería ser. Las necesidades de la salud son mejor percibidas donde se atienden, es decir, en los servicios de salud. Es allí donde la interacción de los ciudadanos ocurre con los proveedores de servicios; es allí donde se experimentan las necesidades de recursos para brindar la atención. No obstante, es en el nivel central donde se decide qué servicios proveer, qué insumos utilizar y qué recursos económicos asignar. Es sabido que cada año se realiza un ejercicio de planificación

que permite formular el Plan Operativo Anual (POA), en el que, teóricamente, se recogen las necesidades asistenciales y esto sirve de base para las asignaciones presupuestarias. En la práctica, el POA es un inventario de acciones recurrentes, no vinculado al análisis de situación y al que se agregan mayores números de los del año anterior, con la esperanza de lograr mejores asignaciones presupuestarias.

Si imaginamos un organigrama sobre cómo se organiza la atención de la salud, este debería ser inverso al tradicional esquema donde en la cima está el despacho ministerial, luego la administración, enseguida los servicios y por último la población a atender. Por el contrario, en la escala jerárquica de la atención es la población la que está o debería estar en la cima, es ésta la que debería dictar qué debe hacerse y con qué intensidad, por supuesto no como un ente organizado que toma decisiones, sino mediante su situación y necesidades de atención de la salud. Debajo de la población están los servicios que deben percibir y atender las necesidades de salud de la población, y debajo de estos servicios, está todo el aparato administrativo financiero y técnico cuya misión es facilitar las acciones de los servicios atendiendo sus necesidades de personal, insumos, equipos e información. Debajo de estas instancias técnicas está el nivel político cuya función es atender las necesidades de todo el MSPAS en su conjunto. Es penoso constatar que en la realidad ocurre lo contrario, pareciera como si los trabajadores de la salud le sirven y atienden al ministro y a los otros altos funcionarios y no a la población.

Este rasgo de verticalidad también se expresa en la manera como se atiende a la población, particularmente en los niveles primario y secundario. De hecho los 20 programas que desarrolla el

MSPAS actúan de forma descoordinada y separada, muchas veces no son conscientes de las actividades que desarrollan los otros programas y únicamente encuentran su punto de encuentro en el documento final de las normas asistenciales. Es indispensable tomar medidas que logren horizontalizar la atención y logren invertir el sentido de servicios de abajo hacia arriba para no continuar perpetuando la situación actual.

8.3 Los recursos humanos

Lo más importante de cualquier sistema de provisión de servicios de salud no es el edificio, ni los medicamentos, ni el equipo, es el personal, es decir el recurso humano. Los trabajadores de la salud son quienes hacen funcionar los servicios. Estos incluyen al personal médico, nutricionistas, laboratoristas, psicólogos, trabajadores sociales, personal administrativo de los servicios, personal de limpieza, pilotos de ambulancias y guardianes, entre otros. Todos y todas, trabajando en equipo, son necesarios para que se pueda dar atención a las personas que acuden a los servicios con la intención de aliviar sus enfermedades y padecimientos.

Para comprender los problemas que se necesitan resolver en cuanto a los recursos humanos, se deben considerar los cuatro siguientes, que si bien no son exhaustivos se consideran los principales: la cantidad de personal, la ubicación de ese personal, la formación que tienen y las condiciones en las que trabajan.

Los expertos internacionales, luego de varios estudios, han establecido que para que la salud pueda ser bien atendida se necesitan al menos 25 trabajadores de la salud (médicos y enfermeras profesionales) por cada 10,000 habitantes. La medición en Guatemala para el 2013 fue de

12.5 médicos y enfermeras por cada 10,000 habitantes. Al respecto, las médicas y los enfermeros, en su mayoría se concentran en la ciudad de Guatemala, en la ciudad de Quetzaltenango y en la ciudad de Antigua Guatemala y la minoría se concentra en departamentos como El Quiché, Totonicapán y Huehuetenango. En otras palabras, en las regiones rurales con mayores carencias y necesidades de atención de la salud es donde menos médicas y enfermeros hay.

Aun con estas cifras, la producción de personal de salud está por debajo de las necesidades reales. Si se decidiera contratar a todos los médicos y enfermeras que se necesitan, probablemente no habría disponibilidad. La escasez es más evidente con personal como odontólogos, anestesiólogos, médicos familiares, obstetras y parteras, entre otros.

La formación de médicos está a cargo de la Universidad de San Carlos de Guatemala y de varias universidades privadas. La formación es muy similar en todas ellas: educan para atender enfermos y sus prácticas, si bien en algunos programas educativos tienen un período dedicado a la atención de la salud en las comunidades rurales, en su mayoría tienen un énfasis hospitalario. Los estudiantes de medicina aprenden su ciencia practicando con personas que acuden a los servicios públicos. Es decir que de alguna forma, estas personas subsidian con sus cuerpos y sus padecimientos la formación de los nuevos médicos. El problema, como lo comprobamos con la distribución de estos profesionales, es que lejos de devolver a la población lo aprendido, se dedican al ejercicio liberal de la medicina en un esquema de práctica privada y muchas veces no son conscientes de las enormes necesidades de sus servicios en áreas postergadas y olvidadas. Por supuesto, hay también profesionales de

la medicina que dedican su vida profesional a atender a las comunidades rurales y a servir en hospitales públicos.

La formación de enfermeras y enfermeros, está a cargo de las escuelas nacionales, adscritas a la Universidad de San Carlos y diversas universidades privadas. La formación es esencialmente clínica hospitalaria, aun cuando existen programas de formación de personal con énfasis comunitario.

Las y los enfermeros, tienen una distribución en el territorio guatemalteco muy similar al de los y las médicas. En cuando a su número es del todo deficiente. No existe en el país la cantidad necesaria de profesionales de la enfermería y un caso similar ocurre con odontólogos, nutricionistas, laboratoristas, técnicos de rayos X y personal de salud comunitaria.

Además de la insuficiencia y la mala distribución del personal, un problema central es el referente a las condiciones de trabajo. Cerca del 50% de los trabajadores del MSPAS no tienen contratos fijos, es decir que deben renovarlo cada año, no tienen prestaciones, la mayoría no tiene derecho al IGSS, no gozan de bono 14, ni vacaciones. Estas son prestaciones solo para aquellos trabajadores inscritos en el renglón 0-11.

Un trabajador que debe renovar su contrato cada año, inicia cada enero sin la certeza del mes en el que iniciará su pago, pues debe repetir todos los trámites de contratación cada vez. Generalmente el primer cheque de salario llega en marzo, sin embargo se han documentado casos en los que demora hasta seis meses. Pero imaginemos que todo se regulariza y el año avanza. Cuando está próximo el fin de año, el trabajador de salud inicia con la angustia que genera la incertidumbre de si será contratado

nuevamente. Esta situación no solo genera un clima laboral deplorable sino la incertidumbre produce frustración e imposibilidad de hacer planes para el desarrollo personal y familiar.

Además del tipo de contrato y su impacto en la vida de los trabajadores de la salud, otro elemento que genera importantes rezagos en las posibilidades de atender de forma adecuada a las personas que acuden a los servicios es la falta de insumos y equipo.

Otro aspecto relevante es el nombramiento de personas no calificadas para la dirección o conducción de un hospital o Dirección de Área de Salud, pues es una práctica muy común que la asignación de estos puestos suceda por compadrazgo o por la necesidad de pagar una cuota política, tanto en puestos directivos, como en puestos clave, como la Gerencia Administrativa-Financiera y la de Recursos Humanos. Estas situaciones condicionan inevitablemente y generan una mala administración, pues las condiciones son ideales para que los recursos sean manejados de forma poco transparente o a que se comprometa la disponibilidad de cualquier medicamento, insumo o equipo necesario para salvar la vida de cualquier paciente. Los nombramientos por conveniencia clientelar se dan a todo nivel. Se ha documentado la contratación de educadoras en salud en puestos y centros de salud que, por otro lado, carecen de personal de enfermería, en adición a que las personas contratadas no tienen las capacidades para la tarea asignada.

Otro problema es el tema salarial, pues los salubristas resultan ser la fuerza laboral que tiene los salarios más bajos a nivel nacional y a nivel regional, pese a que día a día trabajan

bajo las condiciones más difíciles y lidian con el fantasma del “no hay”.

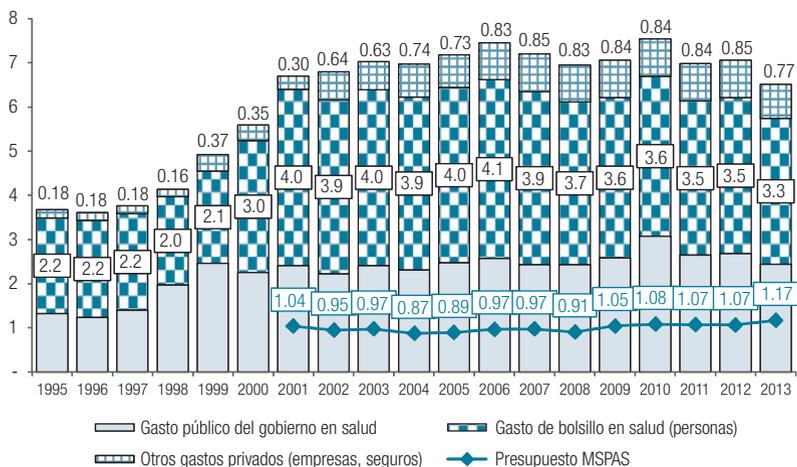
8.4 El financiamiento

A los problemas que hasta el momento se han discutido, se suma otro importante: la escasa inversión pública en salud. La consecuencia directa de dicha afirmación conduce a una pregunta importante: ¿quién asume el gasto en salud en el país?

Empezando por la primera afirmación, entre 1995 y 2013 el gasto público en salud fue 2.3% del PIB, de lo cual 1% ha sido históricamente asignado al MSPAS. El resto es generalmente repartido entre las atenciones en salud que provee el IGSS, la sanidad militar, policial, etc. El punto relevante es que el MSPAS, como ente rector del sistema público de salud, es el responsable de la prestación de servicios a toda la población, no así el IGSS, cuya cobertura es reducida y altamente metropolitana, pero además, institucionalmente restringida a la prestación de servicios a personas con relaciones laborales contractuales. Esto último excluye desde su diseño el acceso a la salud, desde la seguridad social, a personas sin la edad para trabajar legalmente, mujeres y clase trabajadora en la informalidad o bajo relaciones laborales flexibles (jornales, subcontratos, etc.). Por lo tanto, y argumentativamente, la inversión pública en el sistema de salud pública toral del Estado de Guatemala es insuficiente.

Segundo, el gasto de bolsillo se estima en 3.3% del PIB entre 1995-2013, del cual un 0.60% lo aporta el sector privado. Esta cifra triplica la inversión en el Ministerio de Salud y supera todavía al gasto público total.

Gráfica 1
Gasto en salud del gobierno, del MSPAS y de nuestro bolsillo



Fuente: ACCESA, con datos del Banco Mundial (2015) y del Ministerio de Finanzas Públicas de Guatemala (2015).

Esto indica que en los últimos 15 años de democracia, y pese a los Acuerdos de Paz donde se acordaron revisiones a la inversión pública en salud desde reformas fiscales profundas al Estado, las administraciones subsiguientes han mantenido inversiones escasas (aunque desde una modalidad altamente focalizada) que reproducen condiciones de exclusión y desatención generadores de un perfil epidemiológico específico donde la mayoría de la población infantil, por ejemplo, sigue siendo víctima de enfermedades perfectamente prevenibles. Algo que nunca escapa de la planificación de un presupuesto exiguo, no obstante, se asume como una posición de Estado, hasta ahora, histórica.

Lo cierto es que con inversiones del 1% del PIB, altamente comprometidas en la entrega de las pocas atenciones de subsistencia y sobrevivencia (por ejemplo la Ventana de los Mil Días), es imposible pensar en transformar el sistema de

salud pública en Guatemala. Pero ¿cómo financiar entonces dicha transformación?

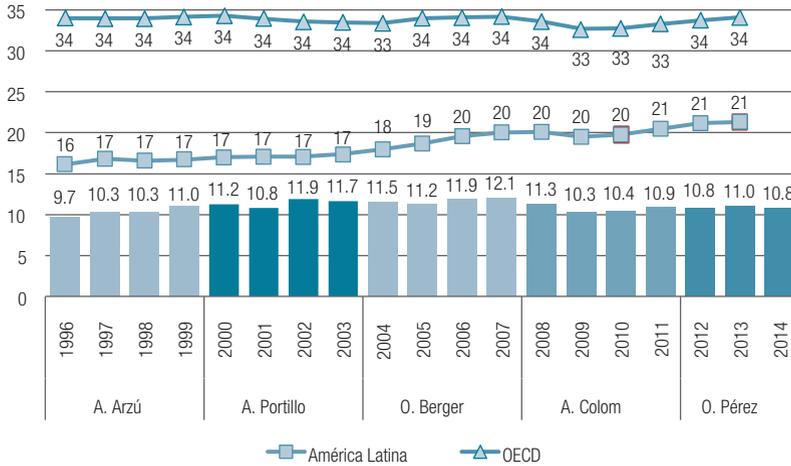
Las erogaciones del presupuesto público del Estado están comprometidas casi en su totalidad. En 2015 se estimó que por cada quetzal de ingresos corrientes, unos Q1.08 quetzales estaban comprometidos a obligaciones de Estado (Icefi, 2015). Esto dejó al Estado un espacio de maniobra a través del manejo de la deuda, la cual, de ser externa, generalmente está condicionada.

El reacomodo ministerial y algunos espacios fiscales por incrementos en la productividad de algunos impuestos son una salida viable, no obstante hay una verdad inescapable: Guatemala es uno de los países más desiguales del mundo donde las empresas y las personas de clases altas y medias altas pagan muy pocos impuestos. Desde 1996 los ingresos tributarios

del Estado guatemalteco no pasan el 11% del PIB. Comparativamente, el promedio latinoamericano ha sido de 18.5% del PIB (recientemente 21% del PIB) y de los países de la OECD el

33.7%. Las diferencias en la recaudación presentan escenarios de inversiones públicas sociales que distinguen unos países de otros en cuanto a sus condiciones de vida.

Gráfica 2
Ingresos por impuestos de Guatemala, América Latina y los países de la OECD



Fuente: a partir de Minfin y la OECD, *et al.* (2015). Niveles impositivos y estructuras tributarias 1990-2013, en Estadísticas tributarias en América Latina y el Caribe 2015. OECD Publishing.

En Guatemala, la baja recaudación de impuestos a grandes empresas y clases medias/altas, tanto en su efectividad como por la estructura regresiva del sistema fiscal, pone un freno importante a potenciales aumentos en el presupuesto público destinado a salud. Esta ha sido una situación que se ha intentado cambiar varias veces en la historia, a través del impulso de reformas y pactos fiscales; no obstante han sido objeto de resistencias importantes. Entre 1983 y 2004 se intentaron realizar diez reformas fiscales dentro del Estado, siete de ellas fracasaron completamente a raíz de fuertes resistencias de

grupos empresariales organizados, mientras las otras tres (realizadas por gobiernos aliados a las élites: Serrano, Arzú y Berger) tuvieron éxito en sostener y otorgar mayores privilegios fiscales a sectores altamente favorecidos.

Lejos de ser un problema técnico económico, las reformas al sistema de salud atraviesan un debate político sobre la responsabilidad del Estado como garante del derecho a la salud pública o bien, sobre la responsabilidad individual de accesos privados a la salud como un bien de mercado.

8.4.1 Los gastos de bolsillo

La situación de la atención de la salud en Guatemala, caracterizada por una baja oferta de servicios públicos y baja capacidad de resolución del primer nivel a causa de la provisión de paquetes básicos con extrema focalización, conduce a generar gastos empobrecedores de bolsillo en un contexto ya de por sí precario. De acuerdo a los datos de ENCOVI 2011, el 13.3% de la población guatemalteca vive en situación de pobreza extrema, y el 40% en pobreza, es decir que cerca del 54% de los guatemaltecos y guatemaltecas no cuentan con el mínimo de recursos económicos para llevar una vida digna y cumplir sus aspiraciones y preferencias. En este contexto, un gasto relacionado con la salud, aún por un episodio de enfermedad no grave puede convertirse en un gasto catastrófico.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos Familiares, –ENIGFAM– 2009-2010, el gasto corriente promedio de los hogares dedicado a la salud en 1999, era del 7.34% respecto al total de sus gastos, sin embargo, en la medición de 2009-2010, este se redujo a 2.52% en un contexto de no mejora de los servicios de salud ni de los indicadores sanitarios, lo que obliga a pensar que esta reducción del gasto de los hogares en salud es más bien una estrategia de sobrevivencia, misma que afecta las capacidades de los hogares para atender su salud.

De acuerdo con la ENCOVI 2011, el 18% de la población reportó haber tenido algún evento de enfermedad en el mes previo a la encuesta, de estos, el 6.6% corresponde a los menores de 5 años, el 18% a los escolares, el 17% a los adolescentes, el 25% a los adultos y el 42% a los adultos mayores. Estos datos muestran que no es la población infantil la que más padece de enfermedades, aun cuando continúa siendo la más

vulnerable por sus condiciones de dependencia. Estos episodios de enfermedad generaron un ausentismo laboral y escolar considerable. Los días perdidos por enfermedad en el mes previo a la encuesta contabilizaron 1,291,551. Si se segregan los menores de 5 años, los escolares, los adolescentes y los adultos mayores, dejando solo a los adultos en edad de trabajar, la cifra desciende a 433,024 días, los cuales, si se multiplican por el precio de un día laboral de acuerdo al salario mínimo, se obtiene un monto de cerca de 35 millones de quetzales perdidos en el mes previo a la encuesta a causa de la mala salud.

La ENCOVI 2011 también revela que el 40% de los hogares efectuaron gastos en medicamentos y el 25% en consultas. De los montos gastados, en el 80% de los hogares fue menos de Q500, y el resto mayor que esta cifra. Aun cuando se considera un monto hasta cierto punto bajo, si se compara con el salario mínimo, es mayor del 20% de los ingresos de los hogares.

Un aspecto relevante en el gasto directo de los hogares es el impacto que este tiene sobre la economía familiar, es decir, cuando se convierte en un gasto catastrófico (mayor del 40% del ingreso familiar). De acuerdo a una publicación del 2008²⁰, aproximadamente el 5.3% de todas las familias guatemaltecas se enfrentaron a gastos catastróficos relacionados al cuidado de la salud en el 2006 mientras que el 5.0% incurrieron en gastos catastróficos en el 2000. La incidencia en gastos catastróficos sigue siendo mayor entre las familias más pobres que entre las más ricas: los gastos catastróficos en salud totalizaron un 4.5% en el 2006 y un 5.6% en el 2000 para los quintiles de menores ingresos y de un 2.4% en el 2000 a un 3.1% en el 2006 para los quintiles de mayores ingresos.

8.5 El modelo de atención

Al hacer acopio de la información presentada, y los análisis realizados en los párrafos anteriores, es posible afirmar que la manera como el MSPAS atiende a la población puede catalogarse como excluyente, concentrada, poco efectiva y descoordinada. Excluyente porque la focalización de las intervenciones se concentra en problemas de madres y mujeres con problemas reproductivos y niños menores de 5 años, dejando fuera a las mujeres y hombres con problemas no reproductivos, niños mayores de 5 años, adolescentes con problemas no reproductivos, hombres, adultos jóvenes y adultos mayores. Excluyente porque el personal de salud que atiende en los servicios comunitarios y hospitalarios no es consciente de las preferencias de la población, ni habla el idioma local. Excluyente porque la ubicación de muchos servicios no permite el acceso a la población que los necesitan y porque en muchos servicios solo se obtienen recetas y órdenes para exámenes de laboratorio, sin considerar las precarias condiciones económicas de la población que atienden.

Concentrada porque los recursos de atención especializada están ubicados en las regiones urbanas y porque las decisiones sobre qué problemas de salud atender y cómo hacerlo son tomadas por pocas personas en el nivel central, sin consultar y consensuar con quiénes las implementarán. Concentrada además porque las asignaciones de recursos financieros y humanos se realizan de forma centralizada, sin existir coherencia con la realidad local.

Poco efectiva porque luego de varias décadas tratando de mejorar las condiciones de salud, luego de miles de millones de quetzales invertidos, luego de miles de vidas perdidas y miles

de familias afectadas, las condiciones de salud no solo no mejoran, sino se deterioran aún más.

Descoordinada porque los esfuerzos se basan en programas verticales, que no se comunican entre sí, y porque no existe un sistema efectivo de referencia y respuesta entre los distintos servicios de la red pública. Descoordinada también porque no se establecen líneas de comunicación efectivas entre las diversas instituciones que prestan servicios de salud.

La complejidad de los problemas de salud de Guatemala demanda soluciones integrales y no actividades descoordinadas, que responden a perspectivas que intentan dar soluciones reduccionistas y simples. Necesitamos dejar de intentar únicamente reducir los indicadores que nos comprometimos a reducir con la cooperación internacional, necesitamos dejar de pensar que solo atendiendo madres y niños y utilizando paquetes básicos podremos avanzar hacia la mejora de las condiciones de salud. Necesitamos un modelo de atención que integre los tres niveles, que atienda todos los problemas y que sea eficiente en el uso de los recursos.

8.6 La ciudadanía en salud

Se refiere a que toda la población pueda ejercer los derechos y responsabilidades que le permitan influir en las condiciones socioeconómicas relacionadas al goce de una buena salud. Esto incluye llevar a la práctica lo que el marco legal vigente dice en relación a los derechos y responsabilidades de la población. Por ejemplo, el artículo 1 de la Ley de los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural (Decreto 11-2002) y el artículo 4, numeral 5 de la Ley General de Descentralización (Decreto 14-2002), garantizan la participación ciudadana en la gestión de las

políticas públicas. Allí se enumeran los principios de diálogo, negociación y concertación; y los artículos 17 y 19 reconocen y fomentan la participación de la población en la planificación, ejecución y control integral de las gestiones del gobierno nacional, departamental y municipal. El Código de Salud en su artículo 5 (Decreto 90-97) garantiza la participación de la población en la definición, implementación y evaluación de las políticas públicas de salud.

Para poder ejercer los derechos que reconoce el marco legal vigente, se necesitan espacios de participación ciudadana. Uno de esos espacios es el sistema de Consejos de Desarrollo Urbano y Rural. La posibilidad de influir en la asignación de recursos financieros para infraestructura y servicios de salud sucede a nivel de los Consejos Municipales de Salud (COMUDE) que es el espacio a nivel municipal donde los ciudadanos organizados a través de los Consejos Comunitarios de Desarrollo (COCODE) llevan sus necesidades y se discute y acuerda una lista de proyectos de inversión que son elevados al nivel inmediato superior del sistema, los Consejos Departamentales de Desarrollo (CODEDE). A pesar de que los COMUDE son un espacio de suma relevancia para la priorización de la inversión pública y la participación ciudadana, existe evidencia que demuestra que estos espacios se caracterizan por “desigualdades de poder” entre los actores que participan. Esta desigualdad sitúa en una mayor desventaja para debatir e

influir en la toma de decisiones a los ciudadanos representados en los COCODE.

Para poder ejercer los derechos que reconoce el Código de Salud, no existen mecanismos explícitos y viables. Lo que tradicionalmente ha existido es un tipo de participación que demanda trabajo no remunerado de las poblaciones (particularmente rural) que reciben los servicios del MSPAS. Dicho trabajo implica ayudar para organizar las jornadas de vacunación, control de peso y talla en la niñez, actividades de educación en salud y otras. Aun cuando este tipo de apoyo es importante como una responsabilidad cívica, en la práctica no conlleva a que la población tenga un rol en la decisión sobre la definición e implementación de servicios de salud, que es al final de cuentas lo que garantiza el Código de Salud y no se lleva a la práctica y se convierte en la utilización de mano de obra gratuita.

La participación ciudadana es de suma importancia para lograr mejores políticas y servicios de salud. Estudios de caso en varios países de Sudamérica han demostrado que la influencia de la ciudadanía hacia los gobiernos de turno ha sido crucial para avanzar hacia políticas públicas de salud basadas en la equidad y la universalidad. Por lo tanto, es de crucial importancia que la población guatemalteca, tanto a nivel rural como urbano, ejerza su ciudadanía en salud para avanzar hacia la cobertura universal del sistema de salud.

9. ¿Qué necesitamos hacer? Orientaciones de políticas públicas para la buena salud en Guatemala

Si queremos cambiar la situación actual no debemos esperar a que los políticos, los candidatos, los diputados, los alcaldes, el ministro, los viceministros y los funcionarios de alto nivel se “iluminen” o “acomidan” y decidan mejorar la situación. Lo que toca hacer es demandar, desde los espacios ciudadanos, reformas concretas que desencadenen procesos irreversibles de mejoras en el sistema de salud y en la red de servicios públicos de la salud. Ha quedado muy claro que en su actual condición, el MSPAS no tiene la posibilidad de lograr una transformación desde la situación actual, hacia otra en la que los y las guatemaltecos gocen del derecho a la salud. Ahora bien, ¿sobre qué aspectos debemos exigir a los tomadores de decisiones que emprendan su esfuerzo transformador? A continuación se presentan algunos temas que consideramos como **irrenunciables**.

1. Tener un plan de salud con metas sanitarias claras y medibles

Es indispensable elaborar y consensuar con autoridades centrales y locales, con el personal sanitario, pero especialmente con las comunidades derechohabientes, un plan de salud de corto, mediano y largo plazo. En el corto plazo se deben plantear las medidas que permitan encaminarse hacia la reducción de brechas de eficiencia, coordinación interna y coordinación intersectorial. En el mediano plazo el plan debe focalizar su esfuerzo en cerrar las brechas de infraestructura y recursos humanos. En el largo plazo se debe resolver los problemas de situación de salud de origen estructural. Con el plan viene la definición de metas sanitarias nacionales que

deben trascender a las ya tradicionales reducciones de indicadores de salud materno-infantil. Es necesario que avancemos hacia un enfoque integral e incluyente. La definición de estas metas debe estar compuesta por indicadores que sean sencillos y medibles, cuya información sea generada dentro del sistema de salud de forma periódica y con la suficiente calidad. Este plan debe estar alineado con la planificación nacional y tener compromisos de carácter sectorial, en donde participen otras entidades clave para poner en funcionamiento las acciones previstas, tal es el caso de la Oficina Nacional del Servicio Civil y el Ministerio de Comunicaciones, Infraestructura y Vivienda, entre otros.

2. Mejorar las capacidades regulatorias del MSPAS

Dadas las características de fragmentación y segmentación del sistema de provisión de servicios de salud, y la falta de estándares de calidad para dicha provisión, es necesario que el MSPAS incremente sus capacidades para regular la práctica pública y privada. Solo con la adopción de estándares de calidad y la vigilancia de su implementación, es posible asegurar que la población guatemalteca reciba los servicios adecuados sin discriminación alguna.

3. Enfrentar sin demora la brecha de infraestructura

De acuerdo a lo revelado en este texto, Guatemala por razones diversas no ha desarrollado la infraestructura pública de la salud desde hace más de dos décadas. Esto ha conducido a

una situación alarmante, pues en la actualidad los servicios permanentes son insuficientes y muchos de los que existen están en franco deterioro. Es impostergable desarrollar un plan de desarrollo de los servicios, para lo cual se requiere definir qué tipo de infraestructura se necesita, dónde debe construirse, y más importante, bajo qué modelo de relación interna se definirá su funcionamiento. Resulta evidente que este aspecto depende de la posibilidad de contar con un plan nacional de salud con visión de futuro y técnicamente bien planteado.

4. Mejorar las condiciones de la fuerza laboral de la salud

Nada se puede lograr si el recurso humano no está motivado y sus condiciones de trabajo no permiten el logro de los objetivos. Es impostergable desarrollar mecanismos para mejorar las condiciones de contratación de las y los trabajadores del MSPAS, su nivel salarial y la dotación de los insumos adecuados para realizar sus labores. Además de estos aspectos debe iniciarse una reflexión seria y profunda sobre los procesos de formación de los nuevos profesionales de la salud a todo nivel, y de acuerdo a los hallazgos, plantear reformas en estos procesos formativos. Otro aspecto relevante es la necesidad de desarrollar incentivos para que la fuerza laboral se vea estimulada a desplazarse hacia los lugares más lejanos del país. De todo esto se concluye que es indispensable exigir la implementación de la carrera sanitaria, que garantice que los puestos directivos sean otorgados de acuerdo con la experiencia y capacidades adquiridas en el desempeño de funciones. En este aspecto, es imperativo que se logre una política de transparencia que evite la concesión de plazas fantasmas, por compadrazgo, nepotismo y situaciones similares, que solamente drenan los recursos ya

escasos del MSPAS y no permiten la mejora del desempeño en la entidad.

5. Reducir las brechas de ineficiencia

Existe un consenso en el sentido que los recursos de los que dispone el MSPAS son escasos. Ahora bien, ¿esos pocos recursos están bien utilizados? La respuesta a esta pregunta es al parecer sencilla: NO. Esta situación puede darse por muchas razones, por ejemplo: uso de equipos obsoletos, falta de mantenimiento de los mismos, insuficiencia en las capacidades tecnológicas, insuficiencia del personal en cuanto a su cantidad, insuficiencia del personal en cuanto a sus competencias, insuficiencia del personal en cuanto a su ubicación, utilización de procesos engorrosos e inefectivos, espacios de discrecionalidad y falta de transparencia en la toma de decisiones, corrupción de funcionarios y proveedores y un clima laboral que desincentiva y atemoriza. Todos estos aspectos, y otros que se consideren importantes para la eficiencia, necesitan ser analizados, estableciendo su situación actual para de esta manera proponer rutas de mejora. Esta es una tarea impostergable y debe lograrse en el corto plazo. Es importante señalar que no se trata de adoptar modalidades “empresariales” de gerencia del MSPAS. Las instituciones públicas tienen una dinámica distinta cuyo objetivo no es la maximización de utilidades, su función social le otorga características particulares. La racionalidad económica aunque es importante, no es la principal, ni la única que debe conducir las mejoras de la gerencia en esta institución pública, cuya función esencial es la garantía del derecho a la salud.

6. Adoptar un sistema de información efectivo y que apoye las decisiones

No es posible iniciar y mantener un proceso de mejora del MSPAS sin considerar el sistema de

información. El sistema se necesita para comprender la realidad de salud que se enfrenta, para evaluar las acciones, tanto en el campo de la atención directa, como en el de la administración y finanzas. En la actualidad el MSPAS no es capaz de conocer quiénes son y dónde están los enfermos, quiénes son y dónde están las personas en riesgo de perder la salud, cuáles son las condiciones de vida de la población que atiende, qué necesitan, cuál es su capacidad operativa, qué intervenciones están implementando y con qué nivel de éxito. Es impensable no considerar este aspecto como una prioridad en el corto plazo.

7. Desarrollar un modelo de atención incluyente y eficiente

Tal como se argumentó en los párrafos anteriores, la manera como se atiende la salud en los servicios públicos es excluyente desde varias perspectivas. Todo proceso de mejora debe incluir reflexiones y acciones para reducir este problema y promover mayores niveles de inclusión de la población a los servicios. Esto no significa solamente incrementar los puntos de atención, o contratar más personal. Implica definir nuevos métodos de incluir a los excluidos, a través de la adopción de perspectivas distintas a las actuales. Esta es una tarea impostergable.

8. Incrementar y utilizar mejor el presupuesto

El crónico bajo presupuesto del MSPAS constituye una de las más importantes barreras para la mejora de los servicios. Sin duda hay que examinar esfuerzos para lograr un considerable incremento de los recursos económicos destinados a la salud pública. Una de las dificultades

es que ante la falta de impactos positivos en las condiciones de salud, el MSPAS no necesariamente goza del favor público para abogar por más financiamiento. Si a esto se suma que en la cotidianidad el tema de mayores fondos para el MSPAS se vincula solamente a mejoras salariales, el escenario puede tornarse más difícil. De cualquier manera es indispensable que los tomadores de decisiones de asignación financiera sepan que el desfinanciamiento de la salud pública repercute en todos los órdenes de la economía y el desarrollo. Por ello, es necesario desarrollar procesos que busquen una mayor y mejor inversión pública en salud, por la vía de apoyar una reforma fiscal que dote de más recursos al MSPAS. Esto bajo la garantía que los mismos serán asignados de manera coherente con la obligación constitucional.

Otro aspecto relevante es la necesidad de mejorar los procesos de asignación de los recursos económicos del presupuesto del MSPAS en el territorio nacional, de forma que se privilegie la salud preventiva, se descentralice la inversión del recurso y se distribuya de manera integral con acciones orientadas a todo el ciclo de vida. De igual importancia resulta establecer una política de gestión transparente, que pueda ir generando las condiciones para garantizar una adecuada ejecución de los recursos. Esto especialmente en materia de compras y adquisiciones de medicamentos, insumos médicos y quirúrgicos, entre otros, para lo cual se debe revisar el mecanismo de compra a través de Contrato Abierto. No obstante, esta acción debería tener un alcance estatal, con el fin de evitar incentivos perversos hacia sobrepagos, compras por excepción y otros mecanismos que generan opacidad y desperdicio de recursos.

9. Fomentar la ciudadanía en salud

Uno de los primeros pasos es exigir que se cumpla lo que dicen las leyes con relación a la participación de la población en el diseño, monitoreo y evaluación de las políticas y servicios públicos y la asignación de recursos. Esto implica exigir que se abran espacios para la participación ciudadana en la toma de decisiones en los diferentes niveles del MSPAS: en el ámbito nacional (donde se definen los planes y metas nacionales de salud); a nivel de jefaturas de área de salud (donde se asignan y distribuyen los recursos a los distritos de salud bajo jurisdicción); y direcciones de distritos de salud (donde se gestiona el día a día de la entrega de servicios). Las juntas directivas de los hospitales públicos también deben incluir participación ciudadana.

Afortunadamente, hoy en día tenemos algunas experiencias en donde la población de municipios rurales está ejerciendo su ciudadanía en salud a través de vigilar la implementación de las políticas públicas, asegurar que los servicios de salud que los atienden cuentan con los insumos necesarios y se elimina el maltrato y discriminación hacia los usuarios indígenas que asisten a los servicios de salud (www.vigilanciaysalud.com).

Este tipo de experiencias pueden ser replicadas en muchos más municipios del país para poder tener la suficiente fuerza e influir en las causas estructurales que afectan al sistema de salud.

Otra tarea para ejercer la ciudadanía en salud es aprender de las lecciones de otros países en Sudamérica en donde la coalición entre movimientos ciudadanos y diputados honestos y progresistas, ha logrado avanzar en una agenda de beneficio para toda la población. Para ello se requiere identificar entre las nuevas autoridades electas, aquellos diputados presentables (sin tachas) que tienen un registro transparente de su accionar en el Congreso de la República y que se comprometen a promover políticas y reformas significativas que ataquen los problemas estructurales del sistema de salud.

10. Exigir coherencia y responsabilidad de todas las entidades del Estado

Es importante que como ciudadanos nos apropiemos del tema del derecho a la salud y que promovamos con el resto de la población, que la salud en Guatemala se concibe como un derecho, para el cual el Estado no solo tiene la responsabilidad, sino la obligación, de garantizar.

10. Referencias bibliográficas

1. Becker, G. (1962). *Investment in Human Capital: A Theoretical Analysis*. Chicago: Journal of Political Economy. Vol. 70, No. 5.
2. Casaús, M. E. (1990). *La mujer en el contexto centroamericano, el caso de Guatemala*. África, América Latina, cuadernos: Revista de análisis sur-norte para una cooperación solidaria, N° 1, 1990, pp. 83-94.
3. Castellanos, P. L. (1998). *Los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad: los determinantes sociales*. México: McGraw Hill interamericana. Págs. 81-102.
4. Congreso de la República (1997). *Código de salud*. Guatemala: Congreso de la República de Guatemala.
5. Congreso de la República (2002). *Ley de los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural*. Guatemala: Congreso de la República de Guatemala.
6. Congreso de la República (2002). *Ley General de Descentralización*. Guatemala: Congreso de la República de Guatemala.
7. Cortez, P. (2008). *Estamos enfermos ¿qué hacemos?, Síntesis 6, Informe Nacional de Desarrollo Humano*. Guatemala: PNUD.
8. Estrada Galindo, G. (2008). *El sistema de salud en Guatemala ¿hacia dónde vamos?, Síntesis, 9, Informe Nacional de Desarrollo Humano*. Guatemala: PNUD.
9. Frenk, J. (2003). La salud de la población. Hacia una nueva salud pública. Tercera Edición. México: FCE, SEP, CONACYT. P. 166.
10. Giménez, G. (2005). *La dotación de capital humano de América Latina y el Caribe*. Revista Cepal 86.
11. Icefi (2011), Boletín ¡Contamos! No. 6. El remedio de nuestros males. Un análisis sobre los mecanismos, costos y formas de financiamiento para mejorar el sistema de salud pública en Guatemala, 2012-2021, Guatemala noviembre 2011.
12. Icefi (2012). La política fiscal de Centroamérica en tiempos de crisis. Guatemala: Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales.
13. Icefi/Unicef. Boletín ¡Contamos! No. 19. El Presupuesto para 2015: los grandes desafíos para lograr resultados y retomar el camino para una mayor transparencia. Diagnóstico de la situación de las finanzas públicas en Guatemala a diciembre de 2014, [en línea], Guatemala, 2015, [consultado el 03/06/2015], formato pdf, disponible en internet: <http://icefi.org/wp-content/uploads/2015/01/Contamos-19.pdf>, ISBN 978-9929-674-06-6.
14. Instituto Nacional de Estadística (INE), 2011. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos Familiares 2009-2010, Guatemala: Instituto Nacional de Estadística.
15. Instituto Nacional de Estadística (INE), 2006. Encuesta de Condiciones de Vida de 2006. Guatemala: Instituto Nacional de Estadística.

16. Instituto Nacional de Estadística (INE), 2011. Encuesta de Condiciones de Vida de 2011. Guatemala: Instituto Nacional de Estadística.
17. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Instituto Nacional de Estadística (INE) y Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) (2011). *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008 (ENSMI-2008/09)*. Guatemala.
18. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), 2014. *Memoria de Labores del MSPAS de 2014*. Guatemala: Gobierno de Guatemala.
19. Moscoso, V. (2008). *El sistema de salud en Guatemala, retratos de muertes evitables, Síntesis 3, Informe Nacional de Desarrollo Humano*. Guatemala: PNUD.
20. Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE). Capital humano: Cómo influye en su vida lo que usted sabe, [en línea], Organización de Cooperación y Desarrollo Económico, París. Ediciones Castillo, S.A. de C.V, [consultado el 03/07/2015], formato pdf, disponible en internet: <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/0107104e.pdf?expires=1435944912&id=id&accname=guest&checksum=CBDC4A-9863417D8DB11CC21B726361CB>, ISBN: 978-970-20-1088-3
21. Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE, 2015). Estadísticas tributarias en América Latina y el Caribe 2015. Paris: OECD Publishing.
22. Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial (2013). *Reunión ministerial de la OMS y el Banco Mundial sobre cobertura sanitaria universal*. Ginebra, Suiza: OMS.
23. Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia y Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2011). *Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2007*. Guatemala: Serviprensa.
24. Vilas, C. (1993). *Democracia emergente en Centroamérica* (Coordinador). México: Universidad Nacional Autónoma de México.



Universidad
Rafael Landívar

Tradición Jesuita en Guatemala
Facultad de Ciencias de la Salud

